
UC-NRLF
B 3 743 718


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

Centralblatt

für die

Krankheiten

der

Harn- und Sexual-Organe.

Herausgegeben von

Max Nitze

Berlin

und unter Mitwirkung von

O. Angerer (München), E. von Bergmann (Berlin), A. Bakó (Budapest), E. Burckhardt (Basel), J. Englisch (Wien), H. Feleki (Budapest), E. Hurry Fenwick (London), E. Finger (Wien), A. von Frisch (Wien), P. Fürbringer (Berlin), H. Goldschmidt (Berlin), F. Guyon (Paris), J. Israel (Berlin), J. Janet (Paris), A. Kollmann (Leipzig), A. von Korányi (Budapest), H. Kümmell (Hamburg), E. Küster (Marburg), R. Lepine (Lyon), A. Lewin (Berlin), W. F. Loebisch (Innsbruck), W. Marc (Wildungen), William K. Otis (New-York), J. Passet (München), A. Peyer (Zürich), E. Pfeiffer (Wiesbaden), C. Posner (Berlin), S. Rosenstein (Leiden), B. Tarnowsky (St. Petersburg), J. Verhoogen (Brüssel), F. C. Valentine (New-York), P. Wagner (Leipzig), M. von Zeissl (Wien)

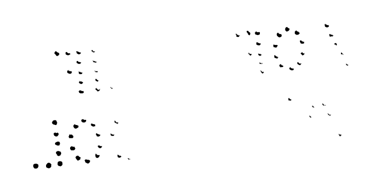
redigiert von

F. M. Oberlaender

Dresden.

Vierzehnter Band.

LEIPZIG
VERLAG VON GEORG THIEME
1903.



Druck von C. Grumbach in Leipzig.

Inhalts-Verzeichnis.

Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

1. Allgemeines über Urin.

2. Über den Urin bei verschiedenen Krankheiten.

3. Harnsäure und Gicht.

8. Diabetes insipidus und Polyurie.

9. Glykosurie.

10. Diabetes mellitus.

11. Über den Nachweis von Zucker im Harn.

12. Pentosen und Acetonurie.

13. Diazoreaktion.

14. Gallenfarbstoffe und Gallensäuren im Harn.

Anatomie, Physiologie, Bakteriologie sowie innere und chirurgische Krankheiten des gesamten Harntraktus mit Ausnahme der Tuberkulose, Geschwülste und Konkremente.

I. Nieren.

a. Anatomie, Physiologie, Funktion der Nieren und Allgemeines.

b. Hämaturie, Hämoglobinurie etc.

c. Albuminurie und Chylurie.

d) Akute Nephritiden.

e) Chronische Nephritiden und Niereninfarkte.

II. Ureter.

III. Blase.

a) Physiologie und Pathologie.

d) Fisteln.

e) Cystitiden, Bakteriurien, Ulcera.

f) Ätiologie und Behandlung der Bakteriurien und Cystitiden.

Seite

IV. Cystoskopie und cystoskopische Instrumente, sowie Instrumente zum gesonderten Auffangen des Urins.

V. Prostata.

a. Verschiedenes.

b. Prostatitiden.

Seite

c. Prostatahypertrophie.

d. Operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

e. Bottinische Operation.

VI. Samenbläschen, Samenstrang, Hoden, Nebenhoden und die Hüllen derselben.

a) Verschiedenes und physiologische Funktionen.

VII. Erkrankungen des Penis und der Harnröhre.

1. Physiologie, Pathologie und Allgemeines.

2. Pathologie des Präputiums.

3. Pathologie der Glans und Urethra.

3. Chronische Gonorrhoe und ihre Behandlung.

4. Komplikationen der Gonorrhoe.

5. Strikturen und ihre Behandlung.

Geschwülste.

Steine und Fremdkörper.

a) Nierensteine.

b) Uretersteine.

c. Blasensteine, Fremdkörper der Blase.

Bücherbesprechungen.

Kongrefsberichte.

Autoren-Verzeichnis.

Ein kystoskopischer Demonstrationsapparat.

Von

Prof. Dr. **R. Kutner**, Berlin. und Dr. **A. Köhler**, Jena.

Wohl jedem, der in der Kystoskopie unterrichtet, ist häufig genug die Schwierigkeit begegnet, einem Lernenden genau dasselbe kystoskopische Bild zu zeigen, welches man selbst im Augenblicke eingestellt hat. Auch mit Hilfe eines Statives, welches das Kystoskop fixiert, ist dies nicht immer leicht. Es kommt hinzu, dafs die Verwendung eines Statives, welches bei der Photographie freilich unentbehrlich ist, für Untersuchungszwecke besser fortbleibt, weil es die Bewegungsfreiheit des Untersuchenden doch erheblich beengt. Andererseits verschieben Eigenbewegungen der Blase und geringe Bewegungen des Patienten das Gesichtsfeld unverzüglich, da bei der dem optischen Apparate des Kystoskopes eigenen Vergröfserung minimale Verlagerungen desselben ausreichen, um eine ganz andere Stelle des Blaseninneren zur Anschauung zu bringen. Unter diesen Umständen wurde es von vielen als ein Bedürfnis empfunden, ein Kystoskop oder in Verbindung mit demselben eine Vorrichtung zu besitzen, welche gleichzeitig mehreren Untersuchenden ermöglicht, das Blaseninnere zu beobachten. Diesem Zwecke dient der nachfolgend beschriebene einfache Apparat..

Das dünne und längste Rohr der Zeichnung stellt, wie jedem Kundigen sofort erkennbar ist, den optischen Apparat des Nitzeschen Kystoskopes dar. Das totalreflektierende Prisma P erzeugt ein auf der Achse des Kystoskopes gelegenes Spiegelbild I des Objekts. Das unmittelbar hinter dem Prisma P stehende System 1 entwirft ein verkleinertes, umgekehrtes Bild dieses Spiegelbildes bei II. Die Linse 2 projiziert dieses Bildchen II nach III; hierbei findet eine abermalige Umkehrung statt, so dafs Bild III wieder die gleiche

Lage hat, wie Bild I. Bei dem gewöhnlichen Gebrauch des Kystoskopes betrachtet der Beobachter dieses Bild III durch die als Okular wirkende Linse 3.

Soll aber das Bild III gleichzeitig von zwei verschiedenen Beobachtern gesehen werden, so mufs der in der Figur rechts von der Linse 3 dargestellte Doppeltubus über dem Okular angeschraubt werden. Er besteht aus zwei zu einander senkrecht stehenden Röhren, von denen die kürzere die gerade Verlängerung des Kystoskoprohres bildet. Jeder Tubus enthält ein kleines Fernrohr; wo die Achsen der beiden Fernrohre sich schneiden, ist ein kleiner unbelegter Spiegel angebracht. Der Spiegel ist in der Figur unter 45° gegen die Achse geneigt dargestellt, wie es bei dem ersten Versuchsmodell der Fall war; bei dem zweiten Modell ist ein Neigungswinkel von 30° gewählt worden. Er spaltet jeden aus dem Kystoskop austretenden Lichtstrahl in zwei Teile. Der eine Teil tritt durch den Spiegel hindurch in das Fernrohr ein, das in der Verlängerung des Kystoskoprohres liegt. Das Objektiv dieses Fernrohrs 4 bildet zusammen mit dem Okular des Kystoskopes das oben mehrfach erwähnte Bild III in IV ab, und dieses Bild IV betrachtet der eine Beobachter durch das Okular 5. Der andere Teil der Lichtstrahlen wird von den beiden Flächen des durchsichtigen Spiegels in das zweite Fernrohr zurückgeworfen: der Spiegel verlegt gewissermassen das Okular 3 nach 3* und das Bild III nach III*. Diesen Spiegelbildern gegenüber verhält sich das zweite, aus dem Objektiv 4* und dem Okular 5* zusammengesetzte Fernrohr gerade so, wie das erste Fernrohr gegenüber dem Okular 3 und dem Bilde III, d. h. hinter dem Objektiv 4* entsteht ein Bild von III* bei IV*, und dieses Bild IV* betrachtet der zweite Beobachter durch das Okular 5*.

Eine Vergröfserung des Bildes führen beide Fernrohre nicht herbei, die Bilder erscheinen in ihnen gerade so grofs, wie bei der Beobachtung mit dem Kystoskope allein, ohne Doppeltubus.

Die beiden Fernrohre sind auf Unendlich eingestellt, d. h. so, dafs ein normalsichtiger Beobachter ein weit entferntes Objekt ohne weiteres deutlich sieht, wenn er das Instrument allein, also ohne Kystoskop, benutzt. Diese Einstellung ist nötig, um zu verhindern, dafs Doppelbilder in dem seitlichen Tubus entstehen. Beobachter, die zum deutlichen Erkennen weit entfernter Objekte eine Brille nötig haben, müssen diese Brille auch beim Gebrauch des Apparates benutzen.

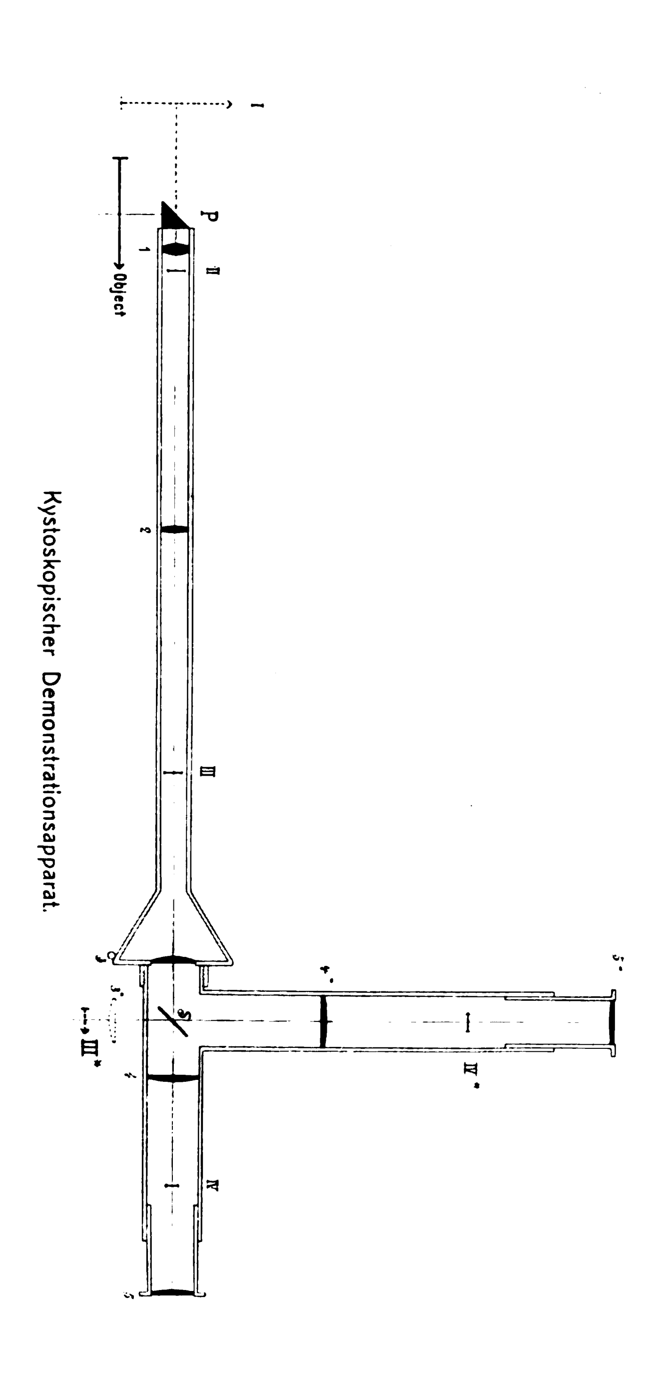
Der Apparat ist auf der „Ausstellung ärztlicher Lehrmittel“ im Mai v. J. einer Reihe von Urologen demonstriert worden, welche seine Brauchbarkeit und Zweckmäfsigkeit anerkannten. Unter denjenigen, welche die Freundlichkeit hatten, den Apparat zu besichtigen, befand sich auch Herr Prof. Dr. M. Nitze, welchem wir eine wertvolle Anregung für den weiteren Ausbau verdanken. Herr Nitze schlug vor, durch Mobilisierung der planparallelen Glasplatte in dem seitlichen Tubus die Möglichkeit zu schaffen, den Apparat auf Wunsch völlig ausschalten zu können. Dieser dankenswerten Anregung haben wir in der Weise Rechnung getragen, dafs wir die spiegelnde Platte S auf einem kleinen Schlitten anbringen liefsen; mittels dieses Schlittens kann sie rasch beiseite geschoben werden, wenn das ganze Licht in den Haupttubus gelangen soll. Der gesamte Apparat ist um die Achse des kürzeren Fernrohres drehbar, so dafs das längere in jedes Azimut eingestellt werden kann. Durch eine Klemmschraube kann diese Drehung leicht arretiert werden, sobald man das Kystoskop für die Besichtigung eines bestimmten Teiles der Blase eingestellt hat.

Die Rückverwandlung geschieht ebenso schnell, ohne dafs der Apparat vom Kystoskop entfernt zu werden braucht. Dieser Mechanismus hat den sehr erheblichen Vorteil, dafs der Untersuchende im Augenblicke, wo er zu diagnostischen Zwecken das volle Licht braucht, um irgend eine Stelle des Blaseninnern besonders genau zu sehen, die Ablenkung durch die planparallele Glasplatte und hiermit den Lichtverlust vermeiden kann. Was die Lichtstärke des zweiten durch den seitlichen Tubus gesehenen Bildes anlangt, so war sie bei unserem ersten auf der genannten Ausstellung gezeigten Modell beträchtlich geringer, als diejenige des eigentlichen Bildes. Spätere Versuche haben uns gezeigt, dafs eine zweckmäfsigere Verteilung des Lichtes durch eine entsprechende Stellung der planparallelen Platte S unschwer zu bewirken ist, so dafs es uns auf diese Weise gelingt, zwei vollkommen genügend lichtstarke und deutliche Bilder zu erzielen.

Der Apparat kann an jedem beliebigen Kystoskope angesetzt werden, nachdem in seinem äufseren Trichter ein passendes Schraubengewinde eingeschnitten worden ist. Bei manchen Kystoskopen, z. B. bei denen von der Firma Louis & H. Löwenstein in den Handel gebrachten, ist ein solches Schraubengewinde aufsen bereits vorhanden, welches für gewöhnlich zum Aufschrauben einer Metallkappe zwecks Schutzes des optischen Apparates dient. Nach diesem

vorhandenen Schraubengewinde kann dasjenige des anzuschraubenden Demonstrationsapparates leicht eingerichtet werden, so dafs sich die Anbringung eines besonderen Schraubengewindes erübrigt. Bei den zum Verkauf kommenden Demonstrationsapparaten ist ein besonderes Verbindungsstück mittels dreier Schrauben befestigt, das leicht abgenommen werden kann, wenn man die Schrauben löst. Diese Einrichtung ermöglicht den Lieferanten der Kystoskope, das für ihre Instrumente passende Gewinde an diesem Verbindungsstücke anzubringen, ohne dafs sie genötigt sind, weitere Manipulationen an dem Kystoskope selbst vorzunehmen. Übrigens kann diese kleine technische Arbeit auch von jedem Mechaniker an Ort und Stelle gemacht werden. Somit ist jedes Kystoskop durch Anschrauben des Apparates sofort in ein Demonstrationskystoskop zu verwandeln, wobei das Instrument infolge der oben erwähnten Vorrichtung zum Ausschalten der spiegelnden Platte zugleich für Demonstrations- und für Untersuchungszwecke benutzt werden kann.

Die Versuchsmodelle sind in der optischen Werkstatt von Karl Zeiss (Jena) hergestellt; dieselbe Firma hat auch die fabrikmäfsige Herstellung des Apparates übernommen, welcher (zum Preise von Mk. 60.—) durch jede Instrumentenhandlung bezogen werden kann.



Verlag von Georg Thieme, Leip

Aus Herrn Dr. Arthur Lewins Poliklinik für Erkrankungen der Harnwege (Berlin).

Zur Diagnostik der Spermatocystitis.

Von

Dr. **Albert Mayer** (Worms),
Volontärassistent der Poliklinik.

Während im letzten Dezennium den im Gefolge chron. Urethritis auftretenden Prostataerkrankungen eingehende Beachtung geschenkt und sie in diagnostischer, klinischer und therapeutischer Beziehung vielfache Bearbeitung fanden, ist einem anderen Adnexorgane der hinteren Harnröhre, den Samenblasen, die ihnen in dieser Beziehung zukommende Würdigung nicht in dem Grade zu teil geworden, wie sie deren Mitbeteiligung namentlich an gonorrhoischen Prozessen offenbar erfordert.

Aufser einer allerdings in jeder Hinsicht erschöpfenden Arbeit Collans aus der Fingerschen Klinik in Wien (1897) und einer solchen von Rehfisch (Deutsche Med. Woch. 1895) erstrecken sich die klinischen Publikationen immer nur auf vereinzelte Fälle, und die Ansichten der einzelnen Autoren in der Beurteilung der diagnostischen und pathologischen Samenblasenbefunde sind sehr widersprechend.

Während Guyon die normalen Samenblasen „fast immer" für palpabel hält, erachtet Gueillot, dem sich Rehfisch anschliefst, die Möglichkeit der Palpation an und für sich bereits für genügend, um eine Erkrankung annehmen zu dürfen.

Nicht minder widersprechend finden sich die Angaben über Häufigkeit und Entstehungsart der Spermatocystitis, sowie über die Möglichkeit, sie zu erkennen.

Fournier (1866) stellt einen Übergang des gonorrhoischen Prozesses auf die Samenblasen überhaupt in Abrede, Fürbringer (1899) bezeichnet die Diagnose der Vesiculitis seminalis als auf schwachen Füfsen stehend, und Horowitz (Wien. med. Pr. 1889) hält die Erkrankung für eine seltene Erscheinung auf dem Gebiete der Pathologie.

Dagegen weisen in neuerer Zeit Lloyd (1889), Lucas (1894), Petersen (1894), Collan (1897), Colombini (1899) auf die Häufigkeit der Erkrankung hin und empfehlen besonders in allen Fällen von Epididymitis die Rektaluntersuchung, wobei die Samenblasen als prallgefüllte elastische Wülste fühlbar seien.

In allerletzter Zeit betonen Marton (Philad. med. Journal), Chas L. Scudder (Boston med. Journal) und besonders Robert Duhot (Annales des malad. des org. gén.-urin. 1901), welch letzterer sich auf ein Sektionsmaterial von 60 Fällen stützt, das häufige Vorkommen der Samenblasenerkrankungen.

Was die Entstehungsart der Spermatocystitis betrifft, resp. deren Abhängigkeit von bestehender Epididymitis, so neigen die meisten Autoren jetzt wohl der Ansicht zu, daſs die Samenblase unabhängig von einer existierenden Nebenhodenaffektion erkranken kann. Es ist wohl auch nicht gut einzusehen, warum sich eine Entzündung der Urethra posterior nicht per continuitatem, als Weg die Ductus ejaculatorii benutzend, auf die Samenblasen fortsetzen sollte. Da zwischen Vas deferens und Ampulle der Samenblasen freie Kommunikation besteht, ist dieses direkte Fortschreiten der Erkrankung doch weit wahrscheinlicher, als die von manchen Autoren angenommene Propagation durch die Lymphbahnen.

Unter Berücksichtigung des anatomischen Baues der Samenblasen ist es einleuchtend, daſs einmal in ihnen deponierte Entzündungsprodukte nur schwer eliminierbar sein und somit stets Veranlassung zu Recidiven geben werden; daher dürften gonorrhoisch erkrankte Samenblasen nicht selten in matrimonio eine Infektion zu stande bringen.

Wir haben nun mit Hinsicht auf die Wichtigkeit dieser Thatsachen bei einer Anzahl Patienten der Poliklinik eine eingehende Untersuchung und Beobachtung ihrer Samenblasenbefunde vorgenommen.

Dabei gingen wir derart vor, daſs wir die Organe zu palpieren und uns über deren grobanatomische Beschaffenheit eventuell zu unterrichten suchten. Wo es möglich war, wurde das exprimierte Sekret untersucht.

Die Palpation nahmen wir in Knieellenbogenlage des Patienten und bei gefüllter Blase vor; es verdient diese Untersuchungsmethode den Vorzug vor den übrigen, da wir in Rückenlage des Patienten oder beim Stehen desselben mit nach vorn gebeugtem Oberkörper weniger gut die Organe abzutasten vermochten.

Bei Gewinnung des Sekretes hielten wir uns im allgemeinen an die diesbezüglichen Vorschläge Collans. Der Patient entleerte einen Teil seiner mit Urin gefüllten Blase behufs Reinigung der Urethra anterior, worauf die Prostata exprimiert wurde.

Nachdem dann der Rest ausuriniert und die Blase mit Aqua destillata gefüllt war, exprimierten wir die Samenblasen, wo sie leicht erreichbar waren, mit dem Finger, andernfalls mit dem von Feleki zur Prostatamassage angegebenen Instrumente.

Das Sekret entleerte sich entweder per urethram, oder es wurde, nachdem der Patient abermals ausuriniert, dem centrifugierten Expressionsharne entnommen und die für Samenblasensekret charakteristischen Bestandteile erst ungefärbt, dann mit Methylenblau tingiert untersucht, wobei zu bemerken ist, dafs von dem Sekretinhalt nur Spermatozoen, Eiterkörperchen, Epithelien und Mikroorganismen den Farbstoff annehmen, hingegen nicht die von den Drüsen der Samenblasen gelieferten Sekretbestandteile. Trotzdem hielten wir diese Art der Untersuchung, in Übereinstimmung mit Collan, für unsern Zwecken genügend, obwohl wir uns sagen müssen, dafs sie nur einen relativen Anspruch auf Exaktheit haben kann. Denn während das Expressionssekret die Urethra passiert, können sich trotz aller Vorsichtsmafsregeln pathologische Produkte anderer Herkunft beimengen und mufsten daher ein auf pathologische Verhältnisse hinweisender Palpationsbefund und Symptome anderer Art, wie blutige Pollutionen, Schmerzempfindungen während derselben, in vielen Fällen ausgeprägt vorhanden sein, um uns zur Diagnose einer Samenblasenerkrankung zu veranlassen.

Unsere Untersuchungen erstrecken sich auf 31 Patienten mit gonorrhoischen und postgonorrhoischen Erkrankungen jeden Stadiums, auch solche, bei denen ausgesprochene klinische Erscheinungen einer Erkrankung der Urethra posterior nicht vorhanden waren.

17 dieser Fälle wiesen klinische Erscheinungen einer Urethritis posterior auf, und in 10 Fällen dieser Gruppe (= 60%) fanden wir die Samenblasen affiziert. Bei 4 Fällen ohne Erkrankung der hinteren Harnröhre (also 13% der Gesamtzahl der Untersuchungen) mufsten wir ebenfalls einen Entzündungsprozefs der Samenblasen annehmen. Diese letztere Thatsache dürfte, bei der Unsicherheit der Verwertung einer zweiten klaren Harnportion als diagnostisches Hilfsmittel, kaum auffallend erscheinen. (Fall 5, 12, 13, 14.)

Somit konnten wir in 14 dieser 31 Fälle auf Grund unserer diagnostischen Resultate die Samenblasen als erkrankt bezeichnen (= 45 %). Es ist dies eine Zahl, die mit den meisten diesbezüglichen Angaben in Widerspruch steht und Collans Aussage bestätigt, welcher Samenblasenerkrankungen zu den häufigsten Komplikationen im Verlaufe der Gonorrhoe zählt. Nur in 17 Fällen konnten wir keine derartige Affektion nachweisen; aber bei 6 dieser Reihe konnten wir eine resp. beide Samenblasen deutlich palpieren (= 35 %), und bei zwei Patienten mit fühlbarer Samenblase exprimierten wir aus derselben normales Sekret; bei den übrigen war es uns nicht möglich, Expressionssekret zu erhalten.

Wir müssen daher Guyons Ansicht beistimmen und auch normale Samenblasen in einem verhältnismäfsig grofsen Prozentsatze für palpabel erachten.

Ergiebt sich nun aus obigem, dafs die Möglichkeit Samenblasen zu fühlen durchaus nicht für deren Erkrankung spricht, so finden wir andererseits wieder Fälle, bei denen sicher Erkrankung dieses Organes besteht, trotz negativen Palpationsbefundes. Wir verweisen auf Fall 2, 8 und 13 und sehen hier, dafs der Befund des durch Massage der Samenblasengegend gewonnenen Sekretes (Felekischer Apparat) in Verbindung mit sonstigen Symptomen (blutige Pollutionen 11) für die Diagnose bestimmend war.

Als beweisend für bestehende Spermatocystitis sahen wir das nach Collans Vorschrift entnommene Expressionssekret an, wenn wir neben Spermatozoen auch Eiterkörperchen, event. Gonokokken nachweisen konnten; allerdings waren unsere Untersuchungen bezüglich eines Gonokokkennachweises weniger erfolgreich als die Collans: wir hatten nur 3 mal (= 21 %) positives Resultat.

War uns so der Befund des Expressionssekretes in erster Reihe mafsgebend für die Diagnose, so müssen wir auf der andern Seite doch berücksichtigen, dafs aus pathologisch-anatomischen Gründen gelegentlich eine Unwegsamkeit der Ductus ejaculatorii, sei es durch reaktive Schwellung, durch Strikturierung oder Kompression von seiten der Prostata, zu stande kommen und die Gewinnung des Sekretes unmöglich machen kann.

In einer Reihe dieser Fälle ist aus dem blofsen Palpationsbefund — derselbe mufs dann allerdings ganz eindeutig sein — mit gröfster Wahrscheinlichkeit auf eine Beteiligung der Samenblasen zu schliefsen, im besonderen wenn noch andere klinische

Erscheinungen, die vielleicht für sich betrachtet für Spermatocystitis nicht gerade pathognomonisch sind, sich zugesellen.

So verweisen wir auf Fall 4, wo die zunehmende Schwellung des Organes und das schliefsliche Auftreten einer fibrösen Induration trotz fehlender pathologischer Sekretbestandteile unsere Diagnose berechtigt erscheinen läfst, und Fall 7, bei welchem die Anamnese früher überstandene Spermatocystitis, sowohl per palpationem als auch durch den früheren Sekretbefund nachgewiesen ergiebt, und ein an Stelle einer Samenblase verlaufender derber Strang, trotzdem die Sekretuntersuchung negativ ausfiel (d. h. Sekret war trotz mehrfacher Versuche überhaupt nicht zu erhalten), die Erkrankung des Organs mit grofser Wahrscheinlichkeit annehmen läfst. Ebenso wurde in Fall 10 zunehmende Samenblasenschwellung und beginnende Epididymitis, in Fall 12 der Palpationsbefund in Verbindung mit dem Auftreten blutiger Pollutionen als zur Diagnose hinreichend erachtet.

Bezüglich Beantwortung der Frage über gegenseitige Abhängigkeit von Spermatocystitis und Epididymitis konnten wir 5 Fälle unseres Materiales heranziehen. (Fall 3, 4, 9, 10, 12.)

Bei Fall 3 vergröfsern sich unter unserer Beobachtung die beiden vorher nicht zu fühlenden Samenblasen, ca. 2 Wochen später folgt Epididymitis. Ebenso tritt in Fall 12 die Hodenaffektion im Anschlufs an vorher diagnostizierte gleichseitige Vesiculitis auf.

In Fall 10 treffen wir Vesiculitis und Epididymitis zu gleicher Zeit entstehend, in Fall 4 und 9 folgt beiderseitige Spermatocystitis auf Nebenhodenaffektion.

Also in 2 Fällen folgt Epididymitis auf Spermatocystitis, in einem Falle werden beide Affektionen zu einer und derselben Zeit festgestellt, und in zwei weiteren Fällen entsteht zuerst die Nebenhodenaffektion.

Hieraus ersehen wir, dafs ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis zwischen beiden Erkrankungen nicht besteht; da immerhin beginnende Epididymitis uns weit weniger diagnostische Schwierigkeiten bietet als eine im Entstehen begriffene Samenblasenentzündung, möchten wir der Ansicht zuneigen, dafs letzterer Krankheitsprozefs in der Regel das Primäre sein wird.

Was endlich die Frage betrifft, ob wir ähnlich, wie wir dies bei Prostataerkrankungen thun, aus Palpations- und Sekretbefund einen Rückschlufs auf die Art der Samenblasenerkrankung in patho-

logisch-anatomischer Beziehung machen können, würde ich auf Grund unserer Resultate vorschlagen:

1. Eine Spermatocystitis catarrhalis da anzunehmen, wo palpatorisch mäſsige Schwellung, und im Sekret wenige Eiterkörperchen mit und ohne Gonokokken gefunden werden.

2. Spermatocystitis fibrosa zu diagnostizieren, wenn derbe, zum Teil schmerzhafte Stränge in der Samenblasengegend zu fühlen sind.

3. Die eitrige Form der Spermatocystitis, für die ich, da es sich doch um einen Eitererguſs in einen präformierten Hohlraum handelt, die Bezeichnung „Samenblasenempyem“ vorschlagen möchte, scheint nach den wenigen in der Litteratur verzeichneten Fällen eine äuſserst seltene Erkrankung zu sein; daher ist Fall **11** von besonderem Interesse.

Die enorme Vergröſserung der Samenblasen und die Palpation eines prallelastischen Tumors mit eventuell nachweisbarer Fluktuation, leichte Fieberbewegungen und starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens haben uns die Diagnose ermöglicht, die dann durch die zu Tage tretende Perforation des Eiters per urethram ihre Bestätigung fand.

Wir glauben durch Veröffentlichung unserer Fälle und obiger Ausführungen von neuem dargethan zu haben, eine wie häufig auftretende Erkrankung die Spermatocystitis ist, besonders als Komplikation der Gonorrhoe.

Es sollte daher, besonders bei hartnäckigen Fällen von Urethritis posterior, dem Samenblasenbefunde ebensolche Beachtung geschenkt werden, wie dies für die Prostata bereits zur Regel geworden ist.

Zum Schlusse möchte ich nicht versäumen, Herrn Dr. Lewin für die liebenswürdige Unterstützung bei Vornahme der Untersuchungen meinen ergebenen Dank auszusprechen.

Die Kasuistik geben wir im folgenden in aller Kürze und lediglich mit Berücksichtigung des Samenblasenbefundes.

Kasuistik.

1. H. H. Klinische Erscheinungen von Urethritis posterior; beide Samenblasen fühlbar, die rechte als harter, fibröser Strang. Im Samenblasensekret: vereinzelte Spermatozoen, Leukocyten, viele Epithelien und Bakterien, keine Gonokokken.

2. K. F. Seit 8 Tagen Gonorrhoea anterior. Urethritis posterior, alte Prostatitis. Samenblasen nicht palpabel. Im Samenblasensekret: Spermatozoen, Eiterkörperchen, Gonokokken.

3. St. B. Akute Gonorrhoe. Prostata und Samenblasen normal, letztere nicht fühlbar. Nach 3 Wochen klin. Erscheinungen einer Urethritis posterior. Prostatitis und Vergröfserung der Samenblasen, die jetzt fühlbar sind. Im Samenblasensekret: Eiterkörperchen, Gonokokken. Nach weiteren 3 Wochen beginnende linksseitige Epididymitis.

4. M. H. Gonorrhoea acuta anterior. Nach 10 Tagen Urethritis posterior, rechtsseitige Epididymitis und Funiculitis.

Befund nach 6 Wochen: Prostata erweicht, Samenblasen als 2 weiche grosse Wülste fühlbar.

In der Folge geht die Samenblasenschwellung langsam zurück; rechterseits ist schliefslich ein harter fibröser Strang zu fühlen.

Im Samenblasensekret werden nur Spermatozoen, nie Eiterkörperchen u.s.w. trotz mehrfacher Untersuchung gefunden.

5. W. A. Gonorrhoea anterior profunda.

Samenblasen beiderseits deutlich fühlbar und auf Druck etwas schmerzhaft. Im Samenblasensekret: Spermatozoen und vereinzelte Eiterkörperchen.

6. M. J. Vor 2 Jahren erste, vor 2 Monaten zweite Gonorrhoe. Urethritis posterior.

Beide Samenblasen deutlich fühlbar, auf Druck schmerzhaft. Im Samenblasensekret: Spermatozoen und vereinzelte Eiterkörperchen.

7. M. H. Lange bestehende Gonorrhoe. Residuen einer alten Epididymitis und Spermatocystitis, welch letztere vor $2^1/_2$ Jahren auftrat. Urethritis posterior. Beide Samenblasen sind deutlich fühlbar, die rechte als derber Strang. Im Samenblasensekret: weder Spermatozoen noch Eiterkörperchen.

8. M. Sch. Urethritis profunda (posterior).

Samenblasen nicht fühlbar, im exprimierten Sekrete viele Spermatozoen, Eiterkörperchen und Bakterien.

9. Sch. J. Bei Aufnahme akute Gonorrhoe (anterior). 5 Tage später Urethritis posterior. Nach 6 Wochen: Epididymitis dextra incipiens.

4 Tage später sind die vorher nicht palpablen Samenblasen deutlich fühlbar, rechts besser noch als links.

Im Sekret: wenige leblose Spermatozoen, viele Eiterkörperchen.

10. M. H. Akute Gonorrhoe (anter. et post.). Nach 8 Wochen Epididymitis sinistra incipiens, Samenblase links vergröfsert. Ihre Schwellung nimmt während der nächsten Tage zu.

Wegen Epididymitis wurde Sekretexpression nicht vorgenommen.

Im Sediement der zweiten Harnportion Gonokokken.

11. B. J. Vor einem Vierteljahre Gonorrhoe, die aufserhalb behandelt wurde. Bei Aufnahme besteht Prostatitis. 5 Wochen später: stündlich Harndrang, am Ende der Miktion sanguis. Beide Urinportionen trübe, keine Gonokokken.

Am folgenden Tage werden bei der Untersuchung beide Samenblasen als prallelastische Wülste gefühlt.

Im Expressionssekret: viele Eiterkörperchen.



Nach 4 Tagen bringt Patient, welcher angiebt, nachts an heftigen Schmerzen in der Perinäalgegend gelitten zu haben, einen schokoladefarbenen Urin mit, den er am Morgen entleert hatte und welcher im Sediement massenhaft Eiterkörperchen und Gonokokken enthält.

Abendtemperatur 38°.

An Stelle der früheren Samenblasenwülste sind jezt zwei schlaffe Säcke fühlbar. Nach 4 Wochen stellt sich Patient als geheilt vor, Samenblasen nicht mehr fühlbar.

12. C. A. Gonorrhoea profunda anterior. Rechts ist die verdickte, nicht vergröfserte Samenblase fühlbar. Es bestehen blutige Pollutionen.

12 Tage später konstatierten wir beginnende rechtsseitige Epididymitis, weshalb wir Samenblasensekret nicht entnahmen.

13. B. H. Gonorrhoea anterior profunda (ohne Urethritis posterior).

Samenblasen beide nicht fühlbar. Es bestehen blutige Pollutionen; Untersuchung des Samenblasensekretes ergiebt: Spermatozoen, rote Blutkörperchen, Leukocyten.

14. B. K. Vor 7 Jahren Gonorrhoe. Harnröhrenstriktur. Keine Urethritis posterior.

Samenblasen beide fühlbar, die rechte vergröfsert.

Im Samenblasensekret: Eiterkokken, Leukocyten, keine Spermatozoen.

Eine Diskussion über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

Von

Dr. **Bransford Lewis**, St. Louis, U. S. A.

Ins Deutsche übertragen von Dr. M. Dreysel-Leipzig.

Teil I.

Die Hypertrophie der Prostata ist für die Chirurgie der früheren Zeit ein Schreckgespenst gewesen. Bis vor etwa 15 Jahren, als McGill, Belfield und Reginald Harrison nach rationellen Grundsätzen hier ihre reformatorische Thätigkeit begannen, ward dieses Gebiet der Chirurgie von der Mehrzahl der Ärzte gemieden, wenn nicht gefürchtet. Allerdings haben Civiale, Gouley, Mercier und Bottini Neuerungen erfunden und empfohlen, doch waren diese alle mehr phantastische Theorien, als für die Praxis geeignete Methoden. Mercier z. B. soll über 400 Kranke mit seinem Prostatom operiert haben, aber die Resultate waren sowohl für ihn selbst, als auch für eine Jury von 15, die sich mit der Untersuchung der Fälle beschäftigte, ungenügende.

Die moderne aseptische Chirurgie hat auch hier Triumphe gefeiert; sie hat Licht in dieses dunkle Gebiet gebracht. Heute haben wir statt einer Methode deren eine ganze Anzahl; die Litteratur bietet einen wahren embarras de richesse dar. Nicht eine, oder einige wenige erfolgreiche Methoden sind hier verzeichnet, sondern man findet, dafs jeder Autor seine eigene Methode hat, die er für die allein wirksame hält. Er ist darum gewöhnlich auch nur auf eine einzige Operation eingeübt undwendet diese ausschliefslich an. Er führt dann eine Anzahl Fälle an, bei denen die Methode meist mit konstantem Erfolge in Anwendung kam. Mag dem auch sein, wie ihm wolle, für uns, die wir uns ein unbefangenes Urteil bewahrt haben, denn eine eigene Operation zur Behandlung der Prostata-

hypertrophie haben wir nicht angegeben, scheint es kaum möglich, dafs eine einzige von all den zahlreichen Methoden für alle Fälle geeignet sein sollte, da hierbei ja mit sehr grofsen Verschiedenheiten zu rechnen ist, sowohl was die allgemeinen, als auch die lokalen Verhältnisse betrifft, Alter, Kräftezustand des Kranken, Komplikationen u. s. w.

Sicherlich mufs man den genialen und talentvollen Erfindern der verschiedenen Methoden Beifall zollen, auch Dank gebührt ihnen für ihre in der That bewundernswerte Arbeit der letzten Jahre, aber dabei kann man sich doch des Gedankens nicht erwehren, dafs bei der Wahl der Methode zu wenig kritisch verfahren wird, dafs hierbei mehr der lockende Erfolg als die Vertrautheit des Operateurs mit der Operation den Ausschlag giebt.

Teil II.

Um meine Ansicht genauer zu präzisieren, möchte ich die Aufmerksamkeit auf folgende 4 Fälle lenken, die ich selbst beobachtet habe.

Fall 1. Den Kranken, einen 47jährigen Mann, sah ich 1897 zusammen mit meinem Freund Dr. H. M. Pierce. Er litt an hochgradiger Prostatahypertrophie. Seine Schwäche war so grofs, dafs ich bei der ersten Untersuchung an Carcinom dachte. Dies war zu der Zeit, als Freudenberg die Bottinische Operation modifiziert hatte. Ich brachte diese Methode in zwei Sitzungen zur Anwendung, etwas zaghaft, wie ich gestehen mufs. Der Erfolg bestand nur in einer temporären Verbesserung der spontanen Urinentleerung und in einer Hebung des Kräftezustandes. Diese Bottinischen Incisionen machten zufälligerweise keinen Schaden, aber sie brachten auch keinen dauernden Nutzen und erwiesen sich als ein Fehler. Ich schlug nun eine suprapubische Incision vor, konnte aber die Zustimmung des Kranken zu einer weiteren Operation nicht erlangen. Später liefs sich der Kranke von einem anderen Chirurgen überreden. Die Blase ward von der Reg. suprapubica aus geöffnet, ein von der hinteren Kommissur hervorragender Tumor entfernt und der Kranke definitiv geheilt.

Auf meine Bitte wird ihn Dr. Graves heute abend demonstrieren. Er vermag in kräftigem Strome zu urinieren und hat sehr wenig Residualurin. Der die Harnröhre versperrende Teil der Prostata war gestielt. An ihm liefsen sich noch die Spuren meiner Kauterisation nachweisen; er war nämlich in der Mitte perforiert.

Fall II. V. S., 65 Jahre alt, kam in meine Klinik im Oktober 1901. Er litt an mannigfachen Beschwerden der Prostatahypertrophie. Vor allem war spontanes Urinieren völlig unmöglich, obwohl die perineale Prostatektomie 6 Monate vorher (am 6. Juni 1901) von einer Autorität ausgeführt worden war. Die komplette Retention, die einen regelmäfsigen Katheterismus nötig machte bestand nach Angabe des Kranken, seitdem der Drain aus der perinealen Wunde entfernt worden war, d. h. seit dem

7. Tage nach der Operation. Eine perineale Fistel war von diesem Eingriff zurückgeblieben.

Hier ergab also die Entfernung der Prostata durch einen Operateur, dessen Erfahrung und Geschicklichkeit nicht in Zweifel gezogen werden können, einen vollständigen Mifserfolg.

Durch cystoskopische Untersuchung konnte ich einen von der hinteren Kommissur ausgehenden Tumor nachweisen, der etwas in die Blase hinein ragte. Am 20. November 1901 machte ich mit dem Freudenbergschen Incisor eine drei Centimeter lange Incision, obwohl ich nach den Erfahrungen des ersten Falles über die Wirksamkeit dieses Eingriffes im Zweifel war. Da infolge der vorausgegangenen Operation Prostatagewebe nicht mehr vorhanden war, so mufste natürlich Sorge getragen werden, dafs das perineale Gewebe nicht von der Incision getroffen werde. Eine Blutung blieb vollständig aus. Die mit Hilfe meiner Urethraltabletten erzeugte Kokainanästhesie war so vollständig, dafs der Patient erklärte, bei dem Eingriff nicht mehr Schmerzen, als bei einem gewöhnlichen Katheterismus empfunden zu haben. Er blieb drei oder vier Tage im Hospital. Das Urinieren war nunmehr spontan möglich, der Residualurin betrug etwa 7 Unzen. Einen Monat später wurde dieselbe Operation mit ebenso geringer Störung für den Kranken wiederholt. Das Resultat war eine weitere Reduktion des Residualurins auf ca. 4 Unzen und eine weitere Erleichterung des spontanen Urinierens. Obwohl nunmehr eine merkliche Besserung im Vergleich zu den früheren 5—6 Jahren bestand, war ich mit dem Erfolge noch nicht zufrieden und eröffnete am 8. Januar 1902 die Blase von der Reg. suprapubica aus. Ich fand die Lage so, wie sie auf dem Thonmodell dargestellt ist. (Fig. 1.) Fibro-muköses Gewebe umgab halsbandähnlich die Harnröhren öffnung; dieses schlofs sich klappenartig zusammen und verwehrte so den Ausflufs des Harnes, wenn ein Versuch zum Urinieren gemacht wurde. Je stärker das Pressen war, umso fester schlofs sich die Klappe. Meine hintere, mittels Kauterisation bewirkte Incision war, wie am Modell ersichtlich ist, bestehen geblieben, aber sie hatte nur das hintere Segment des Halsbandes durchtrennt, die Klappen konnten sich noch immer schliefsen und dem Ausflufs des Urins noch beträchtlichen Widerstand entgegensetzen, wenn auch die durch

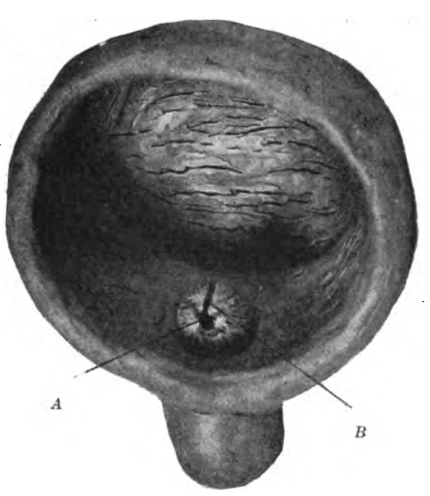


Fig. 1.
Komplette Halsbandbildung, wie sie nach einer perinealen Prostatektomie und einer später folgenden hinteren Bottinischen Incision (auf der Abbildung sichtbar) zurückgeblieben war. Komplette Retention durch Klappenverschlufs; Heilung durch hohen Steinschnitt.
A Orificium urethrae, *B* Bottinische Incision.

die Incision erzeugte Rinne einen Teil des Urins abfliefsen liefs. Bemerkbar machte sich dies durch die nach jedesmaliger Incision eintretende Besserung (Reduktion des Residualurins zunächst auf 7, dann auf 4 Unzen); eine vollständige Heilung konnte aber nach Lage der Sache durch die Incision nie erreicht werden.

Nach Eröffnung der Blase nahm ich mit dem Paquelin das gesamte in die Blase ragende Gewebe weg, indem ich nach hinten zu besonders stark kauterisierte, um auf diese Weise eine möglichst ebene Fläche zu erhalten. Der Blasengrund blieb als tiefste Stelle jedoch erhalten, denn die Urethra prostatica wollte ich, um so eine mit dem Blasengrunde absolut in gleicher Ebene liegende Fläche zu erhalten, nicht eröffnen. Die Hauptaufgabe bestand für mich in der Beseitigung des Hindernisses, die ich in der beschriebenen Weise löste.

Von einer besonderen Operation zur Schliefsung der perinealen Fistel sah ich ab. Ich nahm an, dafs bei freiem Abflufs des Urins sich die Fistel von selbst schliefsen würde. Der Erfolg hat mir recht gegeben.

Die Blase ward 8 Tage lang von der Reg. suprapubica aus drainagiert. Nach der Entfernung des Drains, ehe noch die Wunde in der Reg. suprapubica sich ganz geschlossen hatte, war die Blase imstande, einen Teil des Urins oder der Irrigationsflüssigkeit im kräftigen Strahle durch die Harnröhre zu entleeren. Nach vollständiger Schliefsung der Wunde vermochte der Kranke in regelmäfsiger und durchaus befriedigender Weise zu urinieren; er konnte die Blase ohne Hilfe eines Katheters entleeren. Ein Katheter kam bei ihm nur noch zur Bestimmung des Residualurins in Gebrauch; die Menge des Residualurins betrug $^1/_2$—1 Unze auch noch weniger. Das Bedürfnis zum Urinieren war ein normales. Der Kranke konnte nach einer Pause von einem Jahre seine Beschäftigung als Zimmermann wieder aufnehmen. Er erzählt, dafs er vor der Prostatektomie nahezu 8 Jahre lang (von März 1894 bis Nov. 1901) regelmäfsig den Katheter, den er in der Tasche mit sich führte, anwenden mufste.

Fall III. W. D., 65 Jahre alt, ward mir zur Behandlung im City Hospital durch meinen Freund Dr. Nietert überwiesen.

Der Kranke litt seit 4 oder 5 Jahren an Störungen beim Urinakte. Die Körperkräfte und der allgemeine Ernährungszustand waren merklich zurückgegangen. Der Patient war sehr schwach und sah älter aus als er war. Er mufste ungefähr 35mal innerhalb 24 Stunden urinieren und zwar in der Nacht ebenso oft als am Tage. Der häufige Urindraug raubte dem Kranken den Schlaf und bereitete ihm auch direkt Schmerzen. Der Urin hatte eine hellgelbe Farbe und ein niedriges spez. Gew. (1015); er enthielt Eiweifs und Cylinder. Die Nieren waren also mit affiziert, Cystitis vorhanden. Die Menge des Residualurins betrug ungefähr 28 Unzen. Ein Metallkatheter mit gewöhnlicher Krümmung stiefs auf ein Hindernis, während ein Katheter mit langer prostatischer Krümmung leicht in die Blase gelangte. In Anbetracht des Kräftezustandes des Kranken und der Mitbeteiligung der Nieren schien eine radikalere Operation als die Bottinische nicht angezeigt; und auch diese durfte nur mit der äufsersten Vorsicht ausgeführt werden. Am 27. Jan. 1898 kam unter Kokainanästhesie die Bottinische Operation zur Ausführung. Es wurde nur eine (hintere) Incision gemacht, um jeden stärkeren Eingriff zu vermeiden. Zehn Tage vergingen, ehe sich eine merkliche Besserung zeigte, doch machte diese stetige Fortschritte, so dafs einen Monat später der Kranke spontan und im kräftigen

Strahle urinieren konnte. Statt 35 mal innerhalb 24 Stunden bestand nur noch 7—8 mal Bedürfnis, den Harn zu entleeren; die Menge des Residualurins war auf etwa 2 Unzen zurückgegangen; der Allgemeinzustand des Kranken und die Affektion der Nieren hatten sich merklich gebessert. Ich wollte ihn gern der Mediz. Gesellschaft demonstrieren. Er stimmte zu, jedoch mit der Einschränkung, dafs damit gewartet werden sollte, bis er sich an einer grofsen Inguinalhernie hatte operieren lassen. Er ward zu diesem Zwecke einem Chirurgen überwiesen. An der Herniotomiewunde kam es zur Gangrän, die auf Darm und Lungen übergriff. Der nach kurzem eintretende Tod des Kranken setzte mich in Besitz dieses Präparates (Fig. 2 und 3).

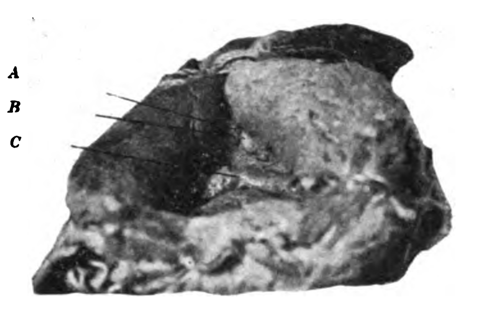


Fig. 2.
(Fall III vor der Bottinischen Incision.) *A* Intraureterale Falte. *B* Prostatabalken, durch welchen später die Incision gemacht wurde. *C* Durch den Balken verschlossenes Orificium urethrae intern.

Deutlich sichtbar ist die mäfsige Vergröfserung der Prostata, ebenso die nach hinten und nach rechts hinziehende durch die Incision verursachte Rinne.

Dr. Williard Bartlett, der die Sektion ausführte, bemerkte über die Prostata folgendes: „An der Prostata sind beide laterale Lappen hypertrophisch. Die Wunde, die nach der Krankengeschichte infolge der Bottinischen Operation entstanden war, ist völlig geheilt; sie hat eine Öffnung nach rechts von der Medianlinie zurückgelassen, durch welche ein gewöhnlicher Bleistift leicht in die Urethra post. gelangen kann, und die offenbar einen freien Abflufs des Urins gestattete.“ Die Ursache der Retention in diesem Falle war eine Balkenformation an der hinteren Kommissur. Die Incision hatte den Balken durchtrennt und eine Rinne geschaffen, durch die sich der Urin ohne gröfsere Schwierigkeit entleeren konnte.

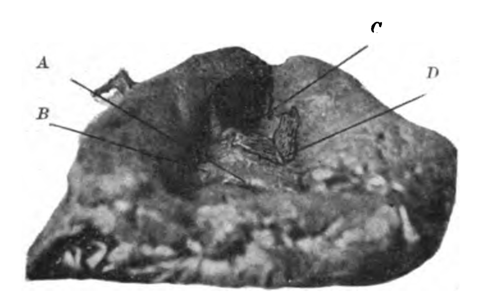


Fig. 3.
(Fall III nach der Bottinischen Incision.) *A* Linke Uretermündung. *B* Intraureterale Falte. *C* Urethra prostatica. *D* Oberfläche der durch den Prostatabalken hindurch führenden, infolge der Incision entstandenen Rinne.

Fall IV. Mr. C. L., 50 Jahre alt, kam vor 4 Jahren zu mir (am 15. April 1898) auf Empfehlung meines Freundes Dr. Y. H. Bond. Erst später erfuhr ich von dem Kranken, dafs ihm von einem Urologen geraten worden war, sich wegen einer Prostatahypertrophie einer Operation zu unterziehen. Seine Beschwerden bestanden in Harndrang, Brennen beim Urinieren u. s. w.; doch waren diese nur mäfsigen Grades. Bei der Untersuchung fand ich eine leichte Cystitis, eine sehr geringe Vergröfserung der Prostata, die, da die Drüse sich weich anfühlte, offenbar mehr auf Kongestion, als auf wirkliche Hypertrophie zurückzuführen war. Von Residualurin fand sich nicht ein Theelöffel voll vor. Aufserdem bestand Glykosurie, die auf einen Diabetes mäfsigen Grades hinwies.

Ich gab dem Kranken Aufschlufs über den von mir erhobenen Befund. Auf seine Frage über die Notwendigkeit einer Operation wegen seiner „Prostatahypertrophie" antwortete ich ihm, dafs meiner Meinung nach für einen solchen Eingriff kein Grund vorliege, und dafs weniger heroische Mafsnahmen genügen würden. Er stimmte mir zu. Ich nahm antiseptische Blasenspülungen vor und verordnete antidiabetische Diät. Der Kranke steht nunmehr 4 Jahre unter meiner Beobachtung. Während dieser Zeit war der Urin immer klar, Symptome seitens der Blase fehlten, die Glykosurie blieb ein zufälliger Befund. Der Kranke bot irgend ein Symptom, das auf die „Prostata" zu beziehen wäre, nie mehr dar.

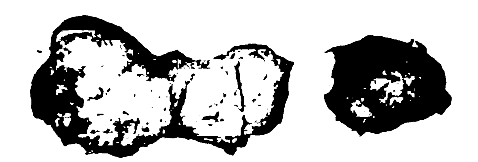
Fall V. F. T. H., 63 Jahre alt, überwiesen durch meinen Freund Dr. Pedersen, New-York. Der Kranke kam zum ersten Male am 21. März 1902 zu mir. Er hatte in den letzten 6 Jahren infolge seiner Prostatahypertrophie an verschiedenartigen Beschwerden gelitten. In den letzten 2 Jahren war eine Entleerung der Blase nur mittelst Katheters möglich. Der Kranke hatte verschiedene Attacken von kompletter Retention, eine von Urämie, Fieber u. s. w. durchgemacht. In Anbetracht des günstigen Kräftezustandes und der Beschaffenheit der Prostata (bei der cystoskopischen Untersuchung fand ich eine bilaterale Hypertrophie; ein gestielter, in die Blase vorragender Tumor, und eine Balkenformation waren nicht vorhanden) schlug ich eine perineale Prostatektomie vor. Diese Operation fand am 10. April 1902 statt. Abgesehen von geringen Beschwerden unmittelbar nach der Operation, die auf die Chloroformnarkose zurückzuführen waren, verlief der Eingriff ohne Störung; es folgte rasche Genesung. Der Drain in der perinealen Wunde ward 4 Tage nach der Operation entfernt. Mit dem allmählichen Schlufs der Wunde nahm die Harnröhre ihre Funktionen nach und nach wieder auf. Ungefähr 2 Wochen nach der Operation konnte der Kranke aufstehen und 1 Monat später nach Hause entlassen werden. Der Urin konnte ohne Schwierigkeit spontan und in kräftigem Strahle entleert werden. Die Menge des Residualurins betrug vor der Operation 18—20 Unzen. Zur Zeit (Sept. 1902) ist Residualurin nicht mehr vorhanden.

Die Präparate, die ich durch Enukleation bei diesem Falle und bei einem anderen (Fall VI) auf ähnliche Weise am 15. Mai 1902 operierten gewann, sind auf Fig. 4 und 5 abgebildet. Die drei Lappen sind auf jedem Bilde zu sehen.

Bei dem VI. Falle, den ich der Liebenswürdigkeit des Dr. Geiger, St. Jopeh. Mo. verdanke, machte sich Gebrauch des

Katheters seit 6 Jahren nötig. Beschwerden seitens der Prostata waren seit 20 Jahren vorhanden. Vor der Operation war spontanes Urinieren absolut unmöglich. Die Nieren waren, wie der konstante Gehalt des Urins an Albumen bewies, mit affiziert. Diese Erscheinungen schwanden später. Zur Zeit (Sept. 1902) ist der Kranke im stande, die Blase spontan und vollständig zu entleeren. Die einzigen noch vorhandenen Beschwerden bestehen in geringem Harndrang am Tage während der Arbeit; in der Ruhe ist dieser jedoch nicht vorhanden. Das Alter dieses Kranken betrug 69 Jahre.

Was lehren nun diese Fälle? Welchen Nutzen brachte die Bottinische Operation bei Fall I, der später durch hohen Blasen-



Rechter Lappen, Mittellappen, linker Lappen.
Fig. 4.
Hypertrophische Prostata, Fall V.



Linker Lappen, rechter Lappen, Mittellappen.
Fig. 5.
Hypertrophische Prostata von Fall VI.

schnitt und Entfernung des gestielten Tumors geheilt wurde? Was wäre der Vorteil gewesen, wenn bei diesem Kranken auf perinealem oder suprapubischen Wege die lateralen Lappen der Prostata entfernt worden wären?

Welchen Nutzen brachte die Prostatektomie bei dem zweiten Falle? Der Kranke erklärte, dafs er nach der Operation ebenso zum Gebrauch des Katheters gezwungen war, wie 6 Jahre vorher.

Welchen Vorteil hätte es wohl bei Fall III, im City Hospital, gehabt, wenn der entkräftete Kranke einer so gefährlichen Operation wie der Prostatektomie unterworfen worden wäre, die allgemeine Narkose nötig gemacht hätte, bei der starke Blutung, Sepsis (die

bei der späteren Herniotomie eintrat) drohte, bei der für lange Zeit Drainage, Bettruhe nötig gewesen wäre?

Wo wäre der Nutzen gewesen, da der Kranke, wie der Erfolg lehrte, durch eine Bottinische Incision, die keine Blutung, keine Schwächung, kein Fieber oder andere schädliche Folgen nach sich zog, völlig geheilt werden konnte? Weise Beschränkung ist auf diesem Gebiete der Chirurgie ebenso wie auch auf anderen dringend geboten; wenn eine weniger eingreifende Operation zum Ziele führt, warum dann zu anderen, schwereren, greifen?

Der vierte Fall spricht für sich selbst. Irgend eine Operation war hier überhaupt nicht indiziert. Zur Bereicherung einer Statistik um einen weiteren Erfolg wäre dieser Fall allerdings sehr geeignet gewesen; aber der Kranke war selbst zu der Ansicht gekommen, dafs er sich aus diesem Grunde nicht aufzuopfern brauchte.

Die Hauptlehre aus diesen Fällen ist die, dafs gewisse Kranke mit Prostatahypertrophie durch eine bestimmte Operation geheilt werden können, während dieselbe Operation bei anderen Kranken durchaus unangebracht ist, dafs ein und dieselbe Methode nicht für alle Fälle pafst. Diese Lehre, die uns die klinische Beobachtung giebt erfährt noch eine Bekräftigung, wenn wir die Verhältnisse an einer Anzahl von Präparaten von Prostatahypertrophie studieren können.

Teil III.

Ich möchte Ihnen jetzt einige Präparate von Prostatahypertrophie und einige Reproduktionen derselben demonstrieren, die die verschiedenen Formen dieser Affektion, genau wie man sie im Leben trifft, darstellen.

In Fig. 6 sehen wir ein sehr typisches Beispiel einer bedeutenden Vergröfserung der beiden lateralen und des sogenannten medianen Lappens. Der hypertrophische mediane Lappen hat eine kugelige Gestalt, er ist gestielt und geht von der hinteren Kommissur der Prostata, der hinteren Verbindung der lateralen Lappen aus. Der Tumor ragt weit in die Blase hinein, liegt genau oberhalb des Orificium urethrae und wird beim nach unten Sinken in eine Lage kommen, dafs er den Ausflufs des Urins unterbrechen mufs, er wird wie ein Kugelscharnier wirken, das für das Zustandekommen einer Retention so aufserordentlich günstig ist. Es ist klar, dafs ein Hindernis nur in der Richtung von innen nach aufsen vorhanden ist; einem von aufsen in die Blase eingeführten Kathe-

ter wird der Tumor ausweichen, das Instrument wird leicht in die Blase gelangen können. Der Tumor hat kugelige Gestalt, von einer Querriegelformation ist nichts vorhanden. Die lateralen Lappen sind ungefähr in gleicher Weise vergröfsert, aber nicht so stark, dafs dadurch das Kaliber der Harnröhre beeinträchtigt oder die letztere in einen engen, gewundenen Kanal umgewandelt würde, wie das bei manchen Fällen zu beobachten ist. Es ist klar, dafs

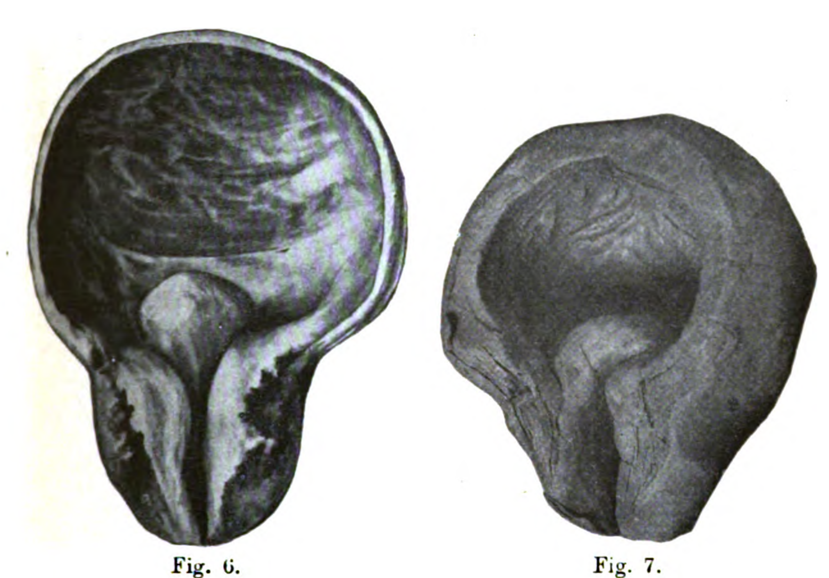


Fig. 6. Fig. 7.

Fig. 6.
Doppelseitige Prostatahypertrophie, intravesikaler kugelförmiger Tumor, Klappenverschlufs (Kugelscharnier). Operation der Wahl, hoher Steinschnitt. Perineale Prostatektomie unnötig; Bottinische Operation wenig aussichtsvoll.

Fig. 7.
Doppelseitige Prostatahypertrophie, starke Balkenbildung mit tiefer, dahinter liegender Einsenkung. Perineale Prostatektomie, Operation der Wahl, vorausgesetzt, dafs der Kräftezustand des Kranken ein guter ist, andernfalls Versuch mit Bottini.

bei diesem Falle nach Entfernung des medianen Lappens ein Hindernis für das Abfliefsen des Urins nicht mehr besteht.

Bei Betrachtung des Präparates Fig. 7 sehen wir eine stärkere Vergröfserung der beiden lateralen Lappen, die in das Innere der Blase hineinragen. Die hintere Partie derselben ist durch eine Gewebsbrücke verbunden, die wie ein Querriegel die Blase abschliefst.

Je höher dieser Riegel oder Damm emporragt und je tiefer der Spiegel des hinter ihm stagnierenden Urins ist, um so schwerer wird es für die Blase sein, sich in genügender Weise zu kontrahieren, um den Urin über diesen Damm nach aufsen zu treiben, und das auch dann, wenn die Blasenmuskulatur noch nicht durch Hyperextension und Entzündung geschwächt ist. Wenn die Hypertrophie so stark ist wie in diesem Falle, dann ist es die Masse des Gewebes selbst, die das Hindernis abgiebt und die den Erfolg der Blasenkontraktionen beeinträchtigt. In der Vertiefung hinter dem Querbalken mufs beständig Urin vorhanden sein. Beim spontanen Urinieren kann nur der Urin entleert werden, der überfliefst, derjenige der zurückbleibt, ist der sogenannte Residualurin. Das ist, wie Guyon dargethan hat, ein für eine Infektion mit Mikroben sehr günstiger Zustand. Beim Einführen eines nicht sterilen Katheters kann in einem solchen Falle aus einer einfachen Retention eine mit Infektion komplizierte Retention entstehen, die dann eine Anzahl weiterer quälender Symptome nach sich zieht. Der rechte Lappen an diesem Präparate ist merklich gröfser als der linke, der Querbalken ragt rechts höher empor als links.

Präparat Fig. 8 stellt einen Fall von hochgradiger Hypertrophie des medianen Lappens dar, und zwar in bedeutend höherem Mafse als bei dem zweiten Falle. Die Harnröhre ist in 2 Kanäle gespalten, die Urethra prostatica hat gegen die Blase zu eine aufsteigende Richtung. Bei einem solchen Falle wird ein Metallkatheter nach der einen oder anderen Seite abgelenkt werden, wenn er überhaupt in die Blase gelangt. Ein Katheter mit gewöhnlicher Krümmung wird gegen die Vorderfläche des Tumors stofsen und aufgehalten werden. Von einer Querriegelbildung ist hier nichts vorhanden; die Hypertrophie und damit das Hindernis für das Ausströmen des Urins ist rein median, die lateralen Lappen sind nur wenig vergröfsert, keineswegs so, dafs sie den Urinstrom beeinträchtigen könnten.

Figur 9 stellt eine Illustration von Erichsen dar und zwar einen vertikalen Schnitt durch einen gestielten, vergröfserten medianen Lappen. Es ist aus dieser klar ersichtlich, dafs dieser Lappen wie ein Kugelscharnier wirken mufs ganz unabhängig von der Beschaffenheit der übrigen Prostata. Bei Kontraktionen der Blase wird der Tumor gerade auf die Harnröhrenöffnung zu liegen kommen und diese je nach ihrer Form und je nach den sonstigen Umständen mehr oder weniger ganz verschliefsen.

Figur 10 unterscheidet sich wesentlich von den früheren; sie stellt eine enorm gleichmäfsige Hypertrophie der gesamten Prostata dar. Beide lateralen Lappen ragen als grofse Tumoren in die Blase vor. Eine Hypertrophie des medianen Lappens ist aufserdem noch vorhanden, sie bildet eine Gewebsbrücke zwischen den beiden lateralen Lappen. Die Blase war entsprechend dilatiert, und der von

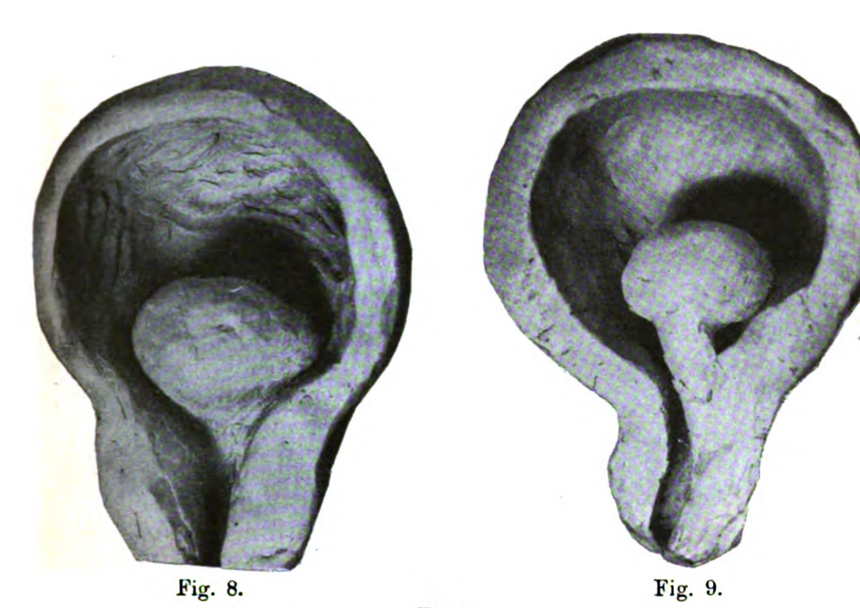


Fig. 8. Fig. 9.

Fig. 8.

Grofser intravesikaler, gestielter Tumor, mäfsige, doppelseitige laterale Hypertrophie mit Vorwiegen der rechten Seite. Hoher Blasenschnitt, Operation der Wahl. Bottini nutzlos. Zweckmäfsigkeit eines Eingriffs vom Perineum aus fraglich.

Fig. 9.

Vertikaler Schnitt durch die Blase. Gestielter, von der hinteren Kommissur ausgehender intravesikaler Tumor; Verschlufs durch Kugelscharnier. Extirpation durch hohen Blasenschnitt leicht. Prostatektomie unnötig, Bottini nutzlos.

der Blase nach rückwärts zu wirkende Druck hatte zu einer merklichen Dilatation beider Ureteren und Nierenbecken geführt. Eigentümlich hierbei war, dafs der nach den Uretermündungen zu wirkende Druck direkt von den über diesen hängenden, aufserordentlich grofsen Prostatalappen ausgeübt wurde. Diese Lappen füllten thatsächlich den gesamten Blasengrund aus und reichten bis zu den Uretermündungen. Einen derartigen Fall habe ich nie mehr gesehen.

Figur 11 stellt eine doppelseitige Vergröſserung der lateralen Lappen der Prostata vor, mit Bildung eines Querriegels, der jedoch nicht so groſs ist wie in Fall III. Auſserdem ist noch ein Knoten bemerkbar, der sich über der Harnröhrenöffnung befindet und vom oberen Rande des rechten Lappens ausgeht. Der rechte Lappen ist in bedeutend stärkerem Grade hypertrophisch als der linke. Die Harnröhre ist in ihrem Verlaufe durch die Prostata stark gekrümmt

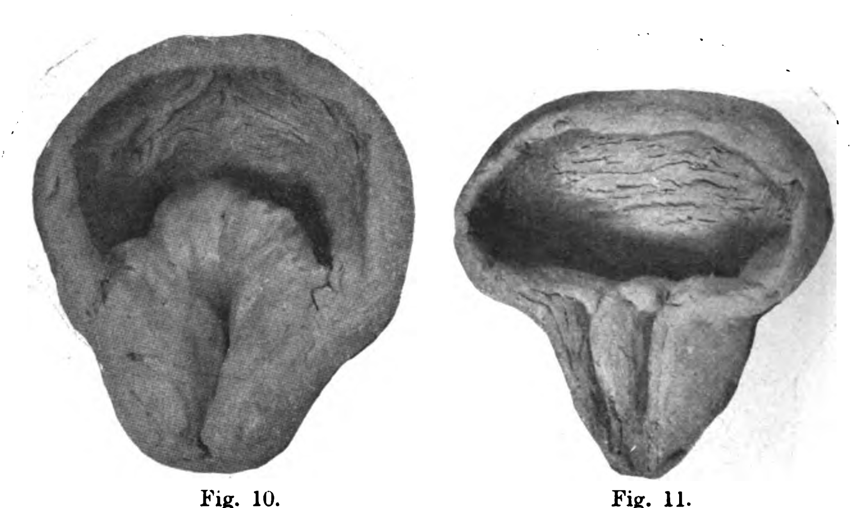


Fig. 10. Fig. 11.

Fig. 10.

Starke bilaterale Hypertrophie, ungewöhnlich groſser, die beiden Seitenlappen verbindender Balken. Der gesamte Tumor ragt so weit in die Blase vor, daſs der Blasengrund ausgefüllt wird und beide Ureteröffnungen komprimiert werden. Bottini nutzlos. Hoher Steinschnitt, kombiniert mit Vorgehen vom Perineum aus, Operation der Wahl.

Fig. 11.

Doppelseitige Prostatahypertrophie Vorwiegen der rechten Seite). Balken- und Knotenbildung, tiefe, dahinter liegende Einsenkung. Retention infolge der Balkenbildung und der Kompression der Harnröhre durch die Seitenlappen. Perineale Cystotomie, Operation der Wahl.

und verlängert. Durch die beiden lateralen Lappen ist sie zu einem schlitzähnlichen Kanale zusammengepresst. Der Urin kann die Hindernisse nur schwer passieren; ersichtlich ist dies an der tiefen Einsenkung, die sich hinter dem Querriegel gebildet hat.

An Figur 12 ist eine beträchtliche kugelartige Vergröſserung der lateralen Lappen und eine bedeutende Verengerung der dazwischen liegenden Harnröhre bemerkbar, der mediane Lappen ragt als groſser,

runder Tumor von der hinteren Kommissur ausempor und liegt gerade über der Harnröhrenöffnung.

Figur 13, die nach einem Präparate von Dr. Broome hergestellt ist, zeigt eine ganz ungewöhnliche Form des medianen Lappens, der sich ganz innerhalb des Blasenlumens befindet. Die lateralen Lappen sind nur in mäfsigem Grade vergröfsert.

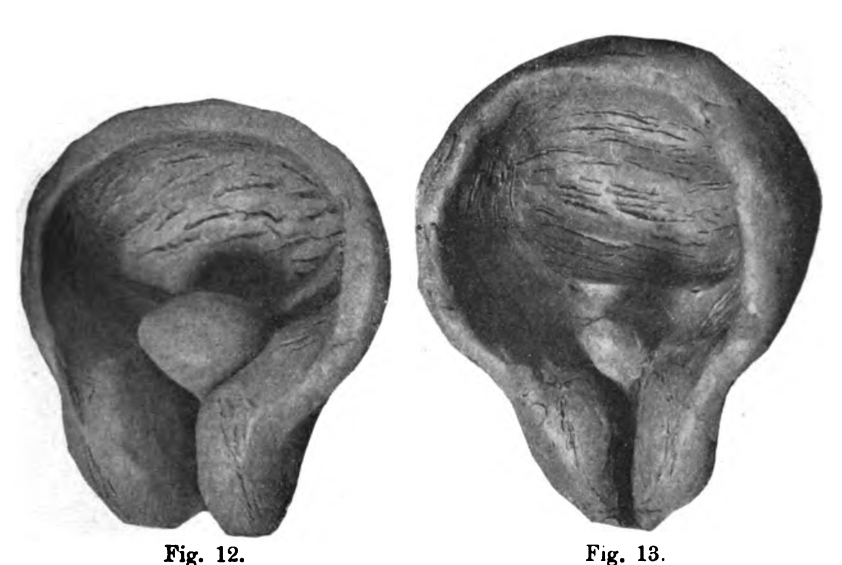


Fig. 12. Fig. 13.

Fig. 12.
Bilaterale Hypertrophie der Prostata. Intravesikaler kugelförmiger Tumor, beträchtliche Kompression der Urethra. Retention infolge des Tumors und der Kompression der Harnröhre. Bottini nutzlos. Perineale Cystotomie allein oder kombiniert mit hohem Steinschnitt, Operation der Wahl.

Fig. 13.
Leichte bilaterale Prostatahypertrophie, beträchtlicher gestielter, von derhinteren Kommissur ausgehender intravesikaler Tumor. Hoher Blasenschnitt, Operation der Wahl. Bottini unzureichend. Perineale Prostatektomie unnötig.

An Figur 14 sehen wir eine Anzahl Tumoren (Adenome), die in die Urethra prostatica hineingepresst sind. Trotz der starken Ausdehnung dieses Teiles der Harnröhre ist das Lumen durch die Tumoren doch beträchtlich verengt.

Teil IV.

Aus all den verschiedenen Präparaten läfst sich zur Genüge erkennen, dafs die Prostata sich vornehmlich nach einer be-

stimmten Richtung hin (nach der Blase zu) vergröfsert; doch bietet die Form der Hypertrophie und die mannigfachen Kombinationen derselben mancherlei Verschiedenheiten dar.

Was die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Hypertrophie betrifft, so fehlt meiner Ansicht nach ein gewisser Grad von medi-



Fig. 14. Fig. 15.

Fig. 14.
Multiple Adenome. Retention durch Verlegung der Urethra prostatica. Bottini unzureichend. Eingriff vom Perineum aus mit Eröffnung der Urethra prostatica. Operation der Wahl.

Fig. 15.
Prostatahypertrophie. (Photographie des Präparates.) Intravesikaler kugelförmiger, von der vorderen Kommissur ausgehender Tumor, der nach rückwärts geneigt ist und das Ausströmen des Urins verhindert. Vergröfserung der beiden lateralen Lappen.
A Orificium urethrae. *B* Blind endigende Tasche am oberen Ende des Tumors. *P* Hintere Blasenwand; hoher Steinschnitt, Operation der Wahl. Eingriff vom Perineum aus nutzlos. Erfolg bei einer vorderen Bottinischen Incision möglich, aber fraglich. Einzig dastehendes Präparat.

aner Tumorbildung nur selten. In Walsons Statistik von 28 Fällen von Prostatahypertrophie findet sich nur ein einziger Fall, bei dem eine Hypertrophie des medianen Lappens nicht vorhanden war; in Sir Henry Thompons Zusammenstellung von 123 Fällen fehlte eine solche Hypertrophie nur bei 11 Fällen. Als ich Moullins

Aufzeichnungen über die von ihm operierten 140 Fälle durchsah, fand ich nur bei 17 keine Bemerkung über einen hypertrophischen Mittellappen. Aus alledem ist ersichtlich, dafs der mediane Lappen an der Hypertrophie beinahe immer beteiligt ist; nur in etwa 8 % der Fälle ist dies, wie sich aus den drei genannten Statistiken ergiebt, nicht der Fall.

Die Fälle aus diesen drei Zusammenstellungen lassen sich in folgende Rubriken einteilen:

Mediane, verbunden mit allgemeiner Hypertrophie:
- a) eines lateralen Lappens 33
- b) beider lateralen Lappen 106.

Mediane Hypertrophie ohne Beteiligung der lateralen Lappen:
- a) tumorähnliche Hypertrophie 46
- b) Balken- oder Halsbandbildung 23.

Zur Beseitigung dieser verschiedenen Affektionen auf operativem Wege ist, wie schon erwähnt, eine Anzahl von Methoden erforderlich. Man kann diese einteilen in solche, bei denen von der Regio suprapubica, von der Regio perinealis, zugleich von der Regio suprapubica und perinealis, und in solche, bei denen von der Urethra aus vorgegangen wird.

In manchen Fällen (Abbild. 1, 6, 9 und 13) genügt eine Abtrennung des gestielten, die Harnröhrenöffnung überragenden Tumors, um das Hindernis zu beseitigen. Ein gröfserer Eingriff ist nicht von nöten, ein weniger eingreifender ungenügend. Eine Bottinische Incision, welche das Hindernis einfach in zwei Teile teilt, ist nicht zu empfehlen.

Einem solchen Tumor ist am besten vermittelst des hohen Blasenschnittes beizukommen. Das Operationsfeld liegt bei dieser Methode offen vor Augen; wenn nötig, kann eine wirksame Kauterisation stattfinden. Es sind Fälle bekannt, bei denen es beim Vorgehen von der Regio perinealis aus nicht gelang, das Hindernis zu entdecken oder zu entfernen, und bei denen infolgedessen auch die Urinretention nicht beseitigt werden konnte, während durch den hohen Blasenschnitt die Sachlage klar gelegt wurde. Bei einem Falle mit grofsen lateralen Lappen, dickwandiger, enger Harnröhre, hohem Ansatz des Tumors und infolgedessen weit vom Perineum entfernt liegendem Tumor ist etwas derartiges in der That leicht möglich.

Andererseits ist bei Fällen mit starker Hypertrophie der beiden lateralen Lappen und breit aufsitzendem medianen Tumor oder einer

Balkenformation der perineale Weg der kürzeste und für Entfernung des Tumors der beste. Mit Ausnahme einiger weniger Fälle ist die gleichzeitige Öffnung der Blase von der Reg. suprapubica aus, zu dem Zwecke, um die Prostata in die Perinealwunde hineinzudrücken, nicht nötig oder angezeigt. Der Prostatadepressor von Ferguson oder die Steinschnittlage nach Zoodfellow erfüllen diesen Zweck ohne weitere Operation. Der Symsche Kolpeurynter bleibt aus verschiedenen Gründen erfolglos.

Manchen Operateuren, die gleichzeitig oben und unten eine Incision anlegen, dient die obere zur Entfernung des hypertrophischen Gewebes, während sie die untere nur zur Drainage benutzen. (Belfield, Fuller, Guiteras.)

Die älteren Methoden der suprapubischen Prostatektomie, wie sie zuerst von Belfield und McGill beschrieben wurden, sind jetzt thatsächlich verlassen. Freyer giebt im British Med. Journ. 1902, 1. Febr., eine Operation an, mit Hilfe deren es möglich ist, durch eine suprapubische Incision die ganze Prostata in zwei Hälften zu entfernen. Er hat mit dieser Methode gute Erfolge erzielt. In einem Falle entfernte er eine Prostata, die $10^1/_4$ Unzen wog, mit dauerndem Erfolg. Dies mag zutreffen, das Studium der Präparate und der Statistiken hat mich aber gelehrt, dafs es zum mindesten fraglich ist, ob überhaupt eine komplette Prostatektomie zur Zeit nötig und angezeigt ist. Es ist erwiesen, dafs eine Hypertrophie von der hinteren Kommissur oder den lateralen Lappen oder von beiden ausgeht, selten aber von der vorderen Kommissur; warum soll diese, an der Hypertrophie nicht beteiligte Partie mit entfernt werden? Abgesehen von der Freyerschen Operation, bezwecken die meisten Methoden nur eine partielle Prostatektomie; sie lassen die vordere Harnröhrenwandung und die vordere Kommissur intakt; es ist sehr wünschenswert, dafs diese intakt bleiben, denn von ihnen soll die Regeneration der Harnröhre ausgehen. Bei den neueren Operationen vom Perineum aus, wird die vordere Wandung der Harnröhre gewöhnlich zur Seite geschoben.

Die Bottinische Operation ist ebensowenig wie die sämtlichen übrigen hierher gehörenden Methoden für alle Fälle von Prostatahypertrophie geeignet. Doch nimmt meiner Ansicht nach die Bottinische Methode n der Behandlung der Prostatahyper- trophie einen hervorragenden Platz ein. Ohne auf die Einwände, die die Gegner dieses Verfahrens anführen, und ohne auf die von den Freunden

der Methode gepriesenen Vorzüge einzugehen, möchte ich nur bemerken, dafs die Balkenformation und die senile mediane Hypertrophie der Prostata, die beide nicht ungewöhnlich sind, am besten für die Bottinische Methode geeignet sind. Bei gestielten Tumoren, vollständiger Halsbandformation oder grofsen lateralen Lappen ist ein Erfolg von dieser Methode kaum zu erwarten. Bei sehr beträchtlicher Balkenformation, wie z. B. auf Abbildung Fig. 6, wird eine Bottinische Incision dem Urin kaum genügend Abflufs schaffen können; doch sind derartige Zustände selten, und diese werden um so seltener werden, je mehr die Möglichkeit einer Beseitigung der Prostatabeschwerden auf operativem Wege anerkannt wird. Andererseits giebt es zweifellos eine Anzahl von Fällen mit Balkenformation oder seniler medianer Hypertrophie, die einer oder der anderen Methode der Prostatektomie mit Narkose, Hämorrhagien und folgender langdauernder Drainage, Bettruhe u. s. w. unterworfen werden, und die durch eine elektrische Incision unter Lokalanästhesie, Vermeidung von Blutungen und all den übrigen, dem eingreifenderen Verfahren folgenden Nachteilen dauernd geheilt werden könnten. Dafs manche solche Fälle auf diese Weise geheilt worden sind, wissen wir. Wenn es bei der Bottinischen Methode bisweilen zu Mifserfolgen kommt, so liegt das zum gröfsten Teil an einer mangelhaften Auswahl der Fälle.

Die für jede der drei besprochenen Operationen günstigen Momente lassen sich etwa wie folgt zusammenfassen:

Geeignet für den hohen Blasenschnitt:

1. Allgemeine Hypertrophie der Prostata mit besonders starkem Hervorragen des medianen oder der lateralen Lappen in die Blase und infolgedessen erschwertem Vorgehen vom Perineum aus.

2. Ausgeprägte Stielung des intravesikalen Tumors und Fehlen einer anderen Ursache für die Retention.

Geeignet für das Vorgehen vom Perineum aus:

1. Allgemeine Hypertrophie des medianen oder der lateralen Lappen ohne stärkeres Hervorragen nach der Blase zu.

2. Vorhandensein eines sehr grofsen oder sehr dicken Balkens; beträchtliche Kompression der zwischen den vergröfserten lateralen Lappen liegenden Urethra.



3. Starke Entwickelung der Prostata nach dem Rektum zu.

4. Günstiger Allgemeinzustand des Kranken, wenn keine Indikation für eine andere Methode vorliegt.

Geeignet für die Bottinische Operation:

1. Fälle mit schlechtem Ernährungszustand, die einer eingreifenderen Operation nicht gewachsen sind.

2. Fälle mit Balkenformation oder medianer seniler Hypertrophie, wenn die Hypertrophie nicht zu stark ist.

3. Unvollständige Halsbandbildung.

4. Nach Horwitz als prophylaktische Mafsnahme gegen eine weitere Zunahme der Hypertrophie und zwar sobald der Gebrauch eines Katheters nötig wird.

Litteraturbericht.

I. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

L'innervation de la vessie et du rectum. Von R. Sand. (La Clinique 1902, 3. Mai.)

S. faſst die Resultate der über die Innervation der Blase und des Rektum veröffentlichten neueren Arbeiten zusammen. Die Blasenstörungen, verursacht durch Nervenaffektionen, lassen sich in folgende Klassen einteilen: 1. Retention: a) infolge Mangels an Bedürfnis zum Urinieren b) infolge Spasmus des Sphinkter, c) infolge Atonie der Blasenmuskulatur. 2. Permanente Inkontinenz infolge Atonie des Sphinkter. 3. Permanente Inkontinenz infolge gleichzeitiger Atonie des Sphinkter und der Blasenmuskulatur. 4. Intermittierende Inkontinenz durch Retention: a) infolge verloren gegangenen Urindranges, b) infolge Verlustes der Fähigkeit, den Sphinkter erschlaffen zu lassen. 5. Intermittierende Inkontinenz, die sich durch zu häufiges Urinieren äuſsert und die hervorgerufen ist durch Spasmus der Blasenmuskulatur. Eine ähnliche Klassifikation kann auch für die Retention und Inkontinenz des Rektum aufgestellt werden.

Dreysel-Leipzig.

La hernie de la vessie. Von Voituriez. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1902, No. 6.)

Die Arbeit befaſst sich mit dem nicht so sehr seltenen Vorkommen der Cystocele. Während sie an anderen Bruchpforten äuſserst selten beobachtet wurde, kommt sie häufiger vor an der Inguinalbruchpforte und kann dort entweder primär auftreten oder sekundär als Komplikation einer gewöhnlichen Inguinalhernie. Die Art und Weise des Zustandekommens ist ausführlich beschrieben. Es kann zu Einklemmungen und zur Steinbildung in der Cystocele kommen. Die Diagnose ist oft nicht leicht und ergiebt sich aus charakteristischen Unregelmäſsigkeiten in der Miktion, aus der Palpation und aus eigenartigen Ergebnissen beim Katheterismus. Meistens wird erst bei Gelegenheit einer Hernienoperation das Vorhandensein der Cystocele diagnostiziert. Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Schlodtmann-Berlin.

Hämaturie traumatischen Ursprunges. Von Kholtsoff. (Bolnichnaja Gazetta Botkina 1902, Nr. 13.)

Der Kranke K.s, der wahrscheinlich im Rausche ein Trauma erlitten hatte, entleerte seit einem halben Tage blutigen Urin. Das Uri-

nieren war weder abnorm häufig, noch schmerzhaft. In der Nierengegend fand sich nichts Abnormes; leichte Vergröfserung der Prostata. Ein Metallkatheter gelangte leicht in die Blase; es entleerte sich anfangs blutiger Urin, dann reines Blut. Bei Spülung der Blase hatte es den Anschein, als ob nicht die gesamte injizierte Flüssigkeit wieder abflösse. Wegen Wahrscheinlichkeit einer Blasenruptur und schlechten Allgemeinbefindens des Kranken führte K. die Laparotomie aus. An der Blase fand sich nichts Abnormes. Am 4. Tage schwand die Hämaturie, und der Kranke genas. Bei einer am 5. Tage vorgenommenen cystoskopischen Untersuchung liefsen sich zahlreiche Ekchymosen gerade hinter dem Trigonum Lieutaudi wahrnehmen. Offenbar hatte es sich bei dem Falle um eine unvollständige Ruptur der Blase gehandelt.

Dreysel-Leipzig.

Hämaturie. Von Lancereaux. (Gaz. des hôp. 1902, pag. 1075.)

L. behauptet, dafs es idiopathische, essentielle Hämorrhagien des Urogenitalapparates gebe. Meist werden Neurastheniker betroffen; die Ursache ist ein psychischer Chok oder auch z. B. Sistieren der Menses, Aufhören von Hämorrhoidalblutungen. Chinin täglich 0,8—1,5 leistet gute Dienste.

Federer-Teplitz.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Pneumaturie. Von H. Wildbolz. (Korrespondenzblatt f. schweizer. Ärzte 1901, Nr. 21.)

Der Fall betrifft einen 52jährigen Mann, der vor 12 Jahren wegen einer gonorrhoischen Striktur behandelt worden war. Der Urin war trübe, zuckerfrei. Am Ende jedes Urinaktes entleerte sich unter lebhaftem Geräusch eine gröfsere Menge Luft aus der Harnröhre. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand sich im Urin Bact. lactis aërogenes in Reinkultur. Dieses Bakterium entwickelte aus eiweifshaltigem Harn ein geruchloses, ammoniakfreies Gas. Tieren injiziert, rief es nur dann Pneumaturie hervor, wenn bei den Tieren künstlich durch Aloininjektion eine Nephritis oder durch Phloridzininjektion ein Diabetes erzeugt worden war.

Dreysel-Leipzig.

Idiopathic or congenital, hereditary and family hematuria. Von L. G. Guthrie. (Lancet 1902, 3. Mai.)

Verf. führt 12 Fälle von idiopathischer Hämaturie an; 8 von diesen waren Brüder, Schwestern und direkte Vettern. Für die idiopathische Hämaturie sind nach G. folgende Merkmale charakteristisch: Sie ist kongenital, vererbbar und besteht mehrere Jahre. Die Menge des Blutes ist bei den einzelnen Fällen eine sehr wechselnde, bei manchen Fällen findet sich konstant Blut im Urin, bei anderen fehlt es zeitweise oder ist nur mikroskopisch nachweisbar. Leichte Fiebererscheinungen, Kopfschmerz, Erbrechen, kommen bei allen Fällen vor. Exacerbationen werden gewöhnlich durch Erkältungen bedingt und sind häufig begleitet von leichtem Bronchialkatarrh. Die Exacerbationen halten einige Tage, auch 1—2 Wochen, an. Ödeme, Ascites, Veränderungen an den Herzklappen

kommen bei der idiopathischen Hämaturie nicht vor. Das spez. Gewicht des Urines beträgt 1015—1030, die Menge ist normal, die Reaktion sauer oder neutral. Das Sediment enthält Blut, aber keine hyalinen Cylinder. Die Ursache der Affektion liegt wahrscheinlich in einer Schwäche oder in Varikositäten der Nierengefäfse. Dreysel-Leipzig.

Des déchirures extra-péritonéales de la vessie consécutives aux fractures du bassin. Von Joiion. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1902, Nr. 9.)

Verf. bespricht die Zerreifsungen der Harnblase, die als Folge von Beckenfrakturen entstehen. Die Arbeit beschränkt sich auf die extraperitonealen Verletzungen, da intraperitoneale Blasenrisse bei Beckenfraktur aufserordentlich selten sind. An der Hand von 100 Fällen aus der Litteratur giebt er detaillierte Angaben über Ätiologie, Pathogenese, Anatomie und Symptomatologie. Der Abschnitt über Diagnose und Therapie bringt nichts Neues, aber eine übersichtliche Zusammenstellung der gebräuchlichen Untersuchungs- und Operationsmethoden.

Schlodtmann-Berlin.

Oedema bullosum vesicae. Von Bierhoff. (The Med. News, Bd. 77, Nr. 21.)

Von den 15 beobachteten Fällen von typischem Oedema bullosum der Blase waren 4 Fälle Carcinom des Uterus; 4 Cystitis colli catarrhalis; 1 Cystitis colli super.; 1 Cystitis colli gonorrhoica; 2 oberflächliche Geschwüre nach Kauterisierung mittels des Cystoskops; 1 Pyosalpinx; 1 Cystocele; 1 Urethritis.

Da ein solches Ödem als Begleiterscheinung verschiedener Entzündungsprozesse vorkommt, ist demselben keine Bedeutung beizumessen.

Federer-Teplitz.

Cystit hos Kvinden. Von Vedeler. (Norsk Mag. for Lägevid 1902, Nr. 1.)

Unter 10000 gynäkologischen Fällen fand Verf. 380 = 3,4 % Cystitiden. Die hauptsächlichsten Ursachen der Cystitis beim Weibe sind Urethritis und Endometritis; Tuberkulose und Katheterinfektion kommen ätiologisch nur selten in Betracht. Am häufigsten fand sich eine Cystitis bei verheirateten Frauen.

Zur Behandlung empfiehlt Verf. in akuten Fällen Copaiva und Fol. uvae ursi; bei Erfolglosigkeit dieser Behandlung Spülung mit gewöhnlichem Wasser, das ebenso gut wirken soll wie Borsäure. Arg. nitr. hält Verf. nur bei chronischen Fällen für angezeigt.

Dreysel-Leipzig.

Colon bacillus infection of the female genital and urinary systems. Von A. H. Ely. (New York obstet. Soc. 1902, 8. Apr.)

Nach E. hängt die Schwere einer Infektion mit Bact. coli ab von den übrigen noch vorhandenen Mikroorganismen. Eine Infektion mit Bact.

coli kommt vor allem bei Verletzungen des Darmes vor; es können dabei Strepto- und Staphylokokken mit vorhanden sein, doch spielt das Bact. coli die Hauptrolle; es kann tödliche Peritonitis, Nephritis, Hepatitis erzeugen. E. führt drei Fälle von schwerer Infektion an, bei denen Nephrotomie und Laparotomie nötig wurden. Er ist der Ansicht, dafs bei allen Operationen am Darm Colon und Rektum sorgfältig gereinigt werden müfsten und zwar am besten durch ein merkuriales Abführmittel mit folgender Irrigation. Der Darm mufs bei Operationen möglichst geschont, Incisionen bei Hernienoperationen müssen möglichst klein gemacht werden.

Nach Goffe ist das Bact. coli keineswegs so überaus gefährlich, nur im Verein mit Strepto- und Staphylokokken übt es verderbliche Wirkung aus. Dreysel-Leipzig.

Il Bacterium coli nella cistite dell' uomo. Von Bosselini. (Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle XXXIV, pag. 489.)

Bosselini untersuchte 24 Fälle von Cystitiden bakteriologisch; unter denselben waren 12 Fälle akut, 3 subakut, 2 exacerbierte chronische, 7 chronische. Bei letzteren fand sich das Bacterium coli konstant vor und zwar fünfmal allein, zweimal mit Staphylococcus pyogenes albus und proteus vulgaris; bei den zwei chronischen exacerbierten kam das B. coli mit Staphylococcus pyogenes albus, bei den drei subakuten kam es zweimal vor, einmal rein, einmal mit Staphylococcus.

Bei den akuten Fällen war es nicht vorhanden. Solche mit B. coli einhergehende Cystitiden (B. coli allein oder seltener mit anderen Mikroorganismen) sind hartnäckig und trotzen jeder Therapie.

Federer-Teplitz.

Pyurie. Von G. Rosenfeld. (La Sem. méd. 1902, 26. März.)

Nach R. läfst sich aus folgenden Merkmalen die Herkunft des im Urin befindlichen Eiters bestimmen: Bei sauerem Urin stammt der Eiter mit Wahrscheinlichkeit aus den Nieren, wenn nicht Tuberkulose der Blase, Harnsäuresteine vorhanden sind. Die weifsen Blutkörperchen sind nur dann normal gestaltet, wenn sie aus der Blase herrühren, deformiert aber und gezackt, wenn sie aus den Nieren stammen; gewisse Tumoren der Blase geben allerdings auch zur Veränderung der Eiterkörperchen Anlafs. Sehr wichtig ist die Menge des im Urin befindlichen Eiweifses; bei Erkrankung der Blase beträgt der Eiweifsgehalt nur etwa 1 ½ %, bei Erkrankung der Nieren aber 3 % und mehr. Dreysel-Leipzig.

Spinal anaesthesia with tropococaïn in genito-urinary surgery. Von Krotoszyner. (Occid. Med. Times, May 1902.)

K. macht von der Spinalanästhesie mit Tropococaïn ausgedehnten Gebrauch und ist mit der Methode ungemein zufrieden. 1 ccm einer 4 % Lösung ist in der Regel ausreichend, um komplete Anästhesie zu erzielen. Die Nebenwirkungen (Erbrechen, Dyspnoe etc.) waren gering. Die einzige wirklich bestehende Gefahr sei die der Sepsis, weshalb K.

vor jeder Injektion den Rücken in der gleichen Weise reinigt, wie das Abdomen vor einer Laparotomie. von Hofmann-Wien.

Some urological clinical cases. Von Hind. (Brit. Med. Journ., July 26. 1902.)

1. Bei einem 5 wöchentlichen Kinde begann der Nabel anzuschwellen, und wenige Stunden später entleerte sich reichlich Flüssigkeit aus demselben, welche sich bei der Untersuchung als Urin erwies. Gleichzeitig begann die Menge des per urethram entleerten Urins abzunehmen. Es trat Fieber und Urininfiltration auf, und der Fall endete tödlich.

2. Bei einem 6jährigen Mädchen entwickelte sich zwischen Nabel und Symphyse eine schmerzhafte Schwellung. Gleichzeitig begann aus dem Nabel sich eine eitrige Flüssigkeit zu entleeren. Mit der Sonde konnte man durch die Perforationsöffnung am Nabel circa 4 cm hinter die Mm. recti gelangen. Heilung. H. glaubt, dafs es sich in diesem Falle um einen Abscefs im offen gebliebenen oberen Teile des Urachus handle.

3. Ein 4 jähriges Mädchen litt an chronischem Ausflufs aus dem Nabel und Schmerzen unterhalb desselben. H. incidierte und fand einen offenen Urachus, den er in ähnlicher Weise, wie sonst die Appendix ligierte und entfernte. Heilung.

4. Bei einem älteren Herrn waren seit einiger Zeit Blasenbeschwerden aufgetreten, doch erwies sich die Blase bei der Untersuchung als gesund, der Urin als normal. Im weiteren Verlaufe traten Schmerzen und Dämpfung oberhalb der Symphyse auf. Wenige Stunden später liefsen die Beschwerden plötzlich nach, und es zeigte sich Eiter im Urin. Heilung. Auch diesen Fall hält H. für einen Abscefs des Urachus.

von Hofmann-Wien.

Über nervöse Irradiationen im Gebiete der Harnorgane. Von W. Hirt. (Münchener medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 40.)

Hirt führt aus, dafs typische Irradiationen den Harnorganen in sehr reichlichem Mafse zukommen, und zwar in der sensiblen Sphäre als Schmerz, der motorischen als Kontraktion, der vasomotorischen als Kongestion. Entzündungen des Dickdarms rufen Schmerzen am Blasenhals und als motorisches Phänomen Detrusorkontraktionen mit konsekutivem Harndrang hervor, Darmparasiten Enuresis, chirurgische Eingriffe am Mastdarm Harnverhaltung. Die Ursache ist vor allem eine Nervus pudendus-Reizung. Verletzungen des Bauchfells rufen Harnverhaltung deshalb hervor, weil die Ängstlichkeit des Patienten das schmerzhafte Inthätigkeittreten der Bauchpresse nicht zuläfst. Dasselbe kommt auch nach Operationen an den unteren Extremitäten vor. Abkühlungen der Haut und Erkältungen sind bekanntlich den Prostatikern sehr schädlich. Auch Verf. beobachtete bei einem sich regelmäfsig katheterisierenden Patienten 3 mal im Anschlufs an Verkältungen Anschwellung der Prostata, welche den Selbstkatheterismus unmöglich machte und vom Rektum aus fühlbar war. Dyspeptische und ähnliche Störungen

kommen bei Wanderniere, Nierenkoliken, Nephrolithiasis vor. Besonders wertvoll ist die krampfhafte Kontraktion der Bauchmuskeln auf der Seite einer Nierenaffektion. (Steineinklemmung, Nierenverletzung, Pyonephrosen und eitrige Paranephritiden.) 2 Fälle des Verf. illustrieren das Gesagte. Die gesamten Harnorgane von der Niere bis zum Penis sind gewissermaſsen als ein sensibles Organ aufzufassen. Auch die Nerven mit qualitativ verschiedener Funktion dieser Organe scheinen in engster Abhängigkeit voneinander zu stehen. Die reflektorische Anurie bei Drucksteigerung in nur einer Niere ist bekannt. In seltenen Fällen lokalisieren sich Schmerzen in der nicht erkrankten Niere. Die Nierenaffektionen können nervöse Fernwirkungen im Urogenitalapparat haben (Schmerz, Harndrang, Harnträufeln und Kongestion). So verläuft die Nierentuberkulose oft jahrelang ohne subjektive Erscheinungen von seiten der Nieren; nur ein „Blasenkatarrh" oder, besonders bei Weibern, Enuresis nocturna oder Blutungen am Schluſs der Miktion deuten auf den krankhaften Prozeſs hin, wobei die Blase selbst intakt sein kann. Bei anderen Nierenerkrankungen (Entzündungen, Hydro- und Pyonephrosen, Tumoren) treten die Irradiationserscheinungen mehr in den Hintergrund. (Ein Patient des Verf. spürte sofort nach einem Trauma der einen Niere heftigen Schmerz in der Glans penis.) Bezüglich der Ureteren gilt das von den Nieren Gesagte; da aber Ureterenerkrankungen für sich allein fast nicht vorkommen, haben die von ihnen ausgehenden Irradiationen wenig praktische Bedeutung. Schmerzen in den äuſseren Geschlechtsteilen und Enuresis sind die häufige Folge von Blasensteinen. Prostatahypertrophie erzeugt den bekannten nächtlichen Harndrang, chronische Prostatitis häufig psychische Alterationen. Von den ersteren wurden dem Verf. auch Schmerzen im Kreuzbein geklagt. Umgekehrt kann auch von den unteren Harnwegen aus die Niere beeinfluſst werden. Es ist nachgewiesen, daſs mit der Zahl der Miktionen auch die absolute Harnmenge zunimmt. Bei Cystitis und Urethritis posterior kommen Nierenschmerzen vor. (Verf. konnte bei einem Prostatiker bei jedem Katheterismus plötzlichen Schmerz in der einen Nierengegend beobachten.) Phimose, Enge des Orif. extern. urethr. haben Inkontinenz herbeigeführt. Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Hodenresektion läſst den Schluſs zu, daſs möglicherweise bei den Harnwegen auch in der trophoneurotischen Sphäre Irradiationen vorkommen. von Notthafft-München.

Porte-jambes pour opérations périnéales s'adaptant à toutes les tables et à toutes les inclinations du tronc. Von Loumeau. (Annales des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 9.)

Ein praktischer Apparat zum Beinhalten, der sich an jedem Tische anbringen läſst und bei jeder Neigung des Rumpfes anwendbar ist. Zwei nach rückwärts gekrümmte Stangen zum Anschnallen und Hochhalten der Beine stehen in Verbindung mit zwei Schulterstützen, die ein Zurückgleiten des Körpers während der Steinschnittlage verhindern.

Schlodtmann-Berlin.

Über die Beziehungen zwischen Blasenerkrankungen und Myomen mit Rücksicht auf die Prognose derselben. Von W. Hahn. Münchener medizinische Wochenschrift 1902. Nr. 40.

Die Frauen leiden sehr häufig an Cystitis. Aufser durch die gewohnheitsmäfsig vielfach durchgeführte lange willkürliche Harnretention kommt Uterusanomalien, welche auf die Blase drücken, eine ganz bedeutende Rolle hierbei zu. Anteflexionen, Anteversionen und Anteflexio-Versionen der Gebärmutter üben mittels des spitzwinkelig abgebogenen Körpers einen energischen Druck auf die Blase aus. Geringere Beschwerden verursachen Retroversio und Retroflexio. Myome steigern die durch solche Lageanomalién hervorgerufene Kompression. Die Blasenbeschwerden sind oft das einzige vom Myom erzeugte Symptom. Sich inkarzerierende Myome machen Urinbeschwerden, wie ein retroflektierter, eingeklemmter, gravider Uterus. Die Operation beseitigt oft die Blasenbeschwerden, wenn auch in Fällen, wo die Myome jahrelang gedrückt haben, dieses nicht mehr wahrscheinlich ist. Man wird also bei Myomen auf etwaige Blasensymptome fahnden, und wenn diese gegeben sind, auch bei Fehlen anderer Symptome, sich zur frühzeitigen Operation entschliefsen müssen. von Notthafft-München.

De la cystopexie en gynécologie: nouveau procédé opératoire par la voie abdominale. Von Chiaventone. (Annal. des malad. des organ. génit.-urin. 1902, No. 5.)

Verf. bespricht die Entstehungsweise der vaginalen Cystocelen und giebt in chronologischer Reihenfolge die Verfahren, welche zur Heilung der prolabierten Blase angewendet wurden. Ferner giebt er eine eingehende Beschreibung des von ihm in einem mit Uterusprolaps komplizierten Falle mit Erfolg angewandten Verfahrens: Laparotomie, Incision und Ablösung des Peritoneums an der Excavatio vesico-uterina, Ablösung des Blasenbodens bis zum Ligamentum interuretericum, Vernähung des Blasenbodens mit der vorderen Uteruswand, Wiedervernähung des vorher durchtrennten Peritoneums, Fixation des Uterus durch Hysteropexie resp. Verkürzung der Ligamenta rotunda, entsprechend dem Grade des Prolapses und den Besonderheiten des Falles, Naht der Abdominalwunde.

Schlodtmann-Berlin.

Über die post-operative Harnverhaltung und deren Folgen. Von Fred Taussig. Münchener medizinische Wochenschrift 1902. Nr. 40.

Untersuchungen, welche Verf. bei Wertheim-Wien anstellte, ergaben, dafs die postoperative Harnverhaltung nach Operationen an den inneren Genitalien des Weibes um so leichter auftritt und länger anhält, je gröfser die Ablösung der Blase von der Umgebung war; speziell scheint die Entfernung der Parametrien von Einflufs zu sein, wohl wegen der in denselben lagernden Ganglien. Die unvermeidliche Folge der Harnverhaltung und des häufigen Katheterismus war die Cystitis. Doch lehrte ein Fall von Colicystitis, welcher nach postoperativer Harnverhaltung auftrat, ohne dafs katheterisiert worden wäre, dafs auch eine Infektion

von innen, vermutlich vom Darme aus, stattfinden kann. In 12 bakteriologisch untersuchten Karzinomfällen zeigte sich der Urin in den ersten Tagen nach der Operation gewöhnlich ganz oder fast ganz steril. Zwischen dem 6. und 8. Tage trat dann plötzlich eine bedeutende Vermehrung der Bakterien auf. In der Regel erhielt man nur eine Bakterienart in Reinkultur, und zwar: Staphylococcus pyogenes aureus 7, Bacterium coli 6, Streptococcus pyogenes 1 mal bei 2 Mischinfektionen. — Die verschiedenen Versuche, die Harnverhaltung zu beseitigen, hatten keinen sonderlichen Erfolg. Das Urotropin zeigte wohl hemmende Eigenschaften (die besten im Vergleich zu anderen innerlich gegebenen Mitteln), doch keine ausgesprochen baktericiden. Bei den schweren Cystitisformen mit stärkerer Eiter-, Epithel- und mit Blutausscheidung liefs es dagegen so ziemlich im Stich. Der Verlauf der postoperativen Cystitiden war meist ein günstiger. In 1—2 Wochen heilten die leichten, in 2—4 Wochen in der Regel die schweren Fälle. von Notthafft-München.

Calculs enchatonnés de la vessie. Von Rafin. (Annal. des mal. organ. gen.-urin. 1902. No. 5.)

Über 2 Fälle von Divertikelsteinen wird berichtet. In dem einen Falle wurde der Stein durch Sectio alta entfernt, im anderen Falle wurde er, nachdem anderweitige Steinmassen durch Lithotripsie entfernt waren, in der Blase belassen, da Sectio alta wegen hohen Alters und Gebrechlichkeit des Patienten und bei der Geringfügigkeit der Beschwerden nicht angezeigt erschien. Im allgemeinen aber wird Sectio alta bei Divertikelsteinen indiziert sein, da meist eine Entfernung ohne Incision der umgebenden Blasenwand nicht möglich ist.

Schlodtmann-Berlin.

104 Opérations de calculs de la vessie. Von Christovitch. (Annal. des mal. des organ. gen.-urin. 1902. No. 7.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen über Blasensteine. Bei 34 Kindern unter 4 Jahren machte er die Cystotomia perinealis ohne Todesfall, bei 32 Kranken über 4 Jahren bis zum Alter von 80 Jahren Sectio alta mit 2 Todesfällen infolge renaler Komplikation, bei 38 Kranken über 16 Jahren die Lithotripsie mit 5 Todesfällen, darunter einer unter urämischen Erscheinungen, 4 infolge Komplikationen der Prostatahypertrophie, wie Cystitis, Pyelonephritis, Niereninsufficienz. Er bespricht die Erfahrungen, die er bei den verschiedenen Operationsverfahren gemacht hat. Nach Verf. sind in Macedonien Blasensteine sehr häufig, die meisten Kranken leiden daran schon seit früher Kindheit. Als Ursachen der Häufigkeit betrachtet er: das feuchte und kalte Klima, den Kreide- und Kalkboden, das kalkhaltige Trinkwasser, die unzureichende Nahrung, die größtenteils aus Gemüsen besteht, die dunklen und niedrigen Wohnungen. Vielleicht spielt auch die dort endemische Malaria eine Rolle, da man die Milz als wichtige Quelle der Harndrüse angesprochen hat. Nach Verf. spielt auch die Heredität eine wichtige Rolle.

Schlodtmann-Berlin.

Weitere Mitteilungen über Lithiasis in Bosnien-Herzegowina.
Von Preindlsberger. (Wiener klin. Rundschau Nr. 41, 1902.)

Aus P.s Untersuchungen geht hervor: 1. dafs die Hauptherde der Lithiasis in Bosnien thatsächlich auf dem Gebiete des Triaskalks sich finden, dafs die Krankheit hier einen endemischen Charakter hat und aufserhalb der Triasformation und des Urgesteins, also sowohl im Kreidekalk der Herzegowina, sowie auch in den östlichen Flysch-Zonen nur sporadisch vorkommt, und 2. dafs dieser Krankheit ziffernmäfsig die christliche Bevölkerung mehr unterworfen ist, als die islamitische. Da aber Islamiten und Christen derselben Rasse angehören, so sieht Pr. die Ursachen dieser Erscheinung in einer schlechteren Ernährung der Christen, als der ärmeren Bevölkerungsklasse. von Hofmann-Wien.

Étude sur la distribution géographique de la lithiase urinaire.
Von Piere Serguiewsky. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1902, Nr. 3, 4, 5, 6.)

Verf. hat sorgfältig ein grofses Material gesammelt, um eine Übersicht über die geographische Verteilung der Lithiasis der Harnorgane aufzustellen. Er geht nacheinander die fünf Erdteile durch und versucht von allen Ländern durch Sammlung der vorhandenen Angaben eine Statistik aufzustellen. Er kommt dabei zu dem Resultat, dafs diese Statistiken nicht vollständig und genau genug sind, um daraus die relative Häufigkeit der Steinkrankheit in den einzelnen Ländern mit Präzision abzuleiten. Dazu wäre Voraussetzung, dafs die vorliegenden Angaben alle gleich vollständig, ferner unter gleichen Bedingungen und im gleichen Zeitraum gesammelt worden wären, ferner dafs stets die gleiche Berechnungsart zu Grunde gelegt wäre. Trotzdem läfst sich konstatieren, dafs die Steinkrankheit jedenfalls sehr ungleichmäfsig über die Erde verteilt ist, und dafs man sie stellenweise endemisch antrifft. Alle Theorien zur Erklärung der ungleichen Verteilung halten der Kritik nicht stand, ebenso hat man bisher keine Ursache für die lokalen Endemien ausfindig machen können, mit Ausnahme von Ägypten, wo man in dem häufigen Vorkommen der Bilharzia haematobia eine Ursache mit Sicherheit annehmen kann. Im übrigen kann weder die Art der Ernährung, noch das Trinkwasser oder Heredität die eigenartige Verteilung erklären; was in dem einen Lande zuzutreffen scheint, wird durch das Auftreten resp. Fehlen in anderen Ländern mit entgegengesetzten Verhältnissen widerlegt. Doch scheint es, dafs die Verschiedenartigkeit der Rassen eine gewisse Rolle spielt, aber es fallen dabei vielleicht weniger die anthropologischen Eigenarten ins Gewicht, als die Unterschiede in der Lebensweise und Erziehung der Kinder. Soziale Verhältnisse spielen bei der Steinkrankheit der Kinder sicherlich eine grofse Rolle. Verf. schliefst mit der Ansicht, dafs das Studium der geographischen Verteilung nicht im stande ist, die spezifische Ursache der Steinkrankheit zu eruieren, dafs allein dem klinischen Studium und der experimentellen Pathologie es vorbehalten ist, in die Ätiologie Licht zu bringen.

Schlodtmann-Berlin.

De la généralisation et de l'absence de symptomes urinaires dans les tumeurs de la vessie. Von Lafon. (Thèse de Paris 1902, Nr. 520.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 18 teils neue, teils bereits publizierte Fälle von bösartigen Blasengeschwülsten. Die Folgerungen sind:

Metastasen sind eine seltene Komplikation der Blasentumoren und bilden sich erst in einer späteren Entwickelungsperiode der Blasentumoren aus und zwar dann, wenn die Blasenwände bereits infiltriert sind.

Der Allgemeinzustand der Harnwege ist gewöhnlich ein guter, und schnell zum Tode führende Komplikationen fehlen.

Die Diagnose der Metastasen ist oft schwer.

Der Verlauf der Blasentumoren ist oft sehr schleppend, ohne funktionelle Störungen. Sie können andere Krankheiten vortäuschen.

Federer-Teplitz.

Epicystotomy for Tumor of the Bladder. Von W. Meyer. J. of Cut. and Gen-Ur. Diss. 1902, S. 424.)

Bei dem 65jährigen Patienten, der seit 4 Jahren an intermittierender Hämaturie litt, wurde cystoskopisch ein kirschgrofser Tumor mit unregelmäfsiger Oberfläche auf dem Fundus vesicae zirka $2^1/_2$ cm von der l. Ureterenmündung entfernt gefunden. Das Blut kam von einer feinen Arterie in dieser Geschwulst. Unter Lumbalanästhesie nach Bier wurde die Sectio alta gemacht. Nach vorgängiger Umstechung und Ligierung zweier Arterien wurde die Geschwulst mittels des Paquelinschen Messers abgetragen, die Blasenwunde nach der Methode Kader-Gibsons geschlossen und drainiert. Der Patient genas vollständig. Die Basis der Geschwulst war carcinomatös, der übrige Teil papillomatös.

Ein Patient M.s, der vor 10 Jahren wegen Carcinoms der Blase operiert worden und anscheinend gesund geblieben war, bekam vor kurzem ein Recidiv, dem er erlag.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

La dérivation des urines par l'intestin. Von Drucbert. (Arch. provinc. de chir. No. 5 et 6, 1902.)

Eine gute Zusammenstellung der verschiedenen Methoden, welche den Abflufs durch den Darm ermöglichen. D. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Ableitung des Urins durch den Darm kann mit Vorteil dort angewendet werden, wo andere, weniger gefährliche Methoden nicht anwendbar sind.

2. Die Methoden Maydls und Boaris sind der Resultate halber, welche sie bis jetzt gegeben haben, vorzuziehen, doch ist auch bei ihnen eine Infektion der Nieren nicht unmöglich.

3. Man kann daher die Ableitung des Urins durch den Darm nur als einen Notbehelf betrachten. Hauptindikationen für dieselbe sind

Uretererkrankungen und -verletzungen, Exstrophie, Tuberkulose, Tumoren und gewisse Fisteln der Blase. von Hofmann-Wien.

Über die durch Stauung im Ureter zu stande kommende Veränderung der Harnsekretion. Von Dr. M. Pfaundler. (Beiträge zur chem. Physiol., Bd. II, S. 336.)

In ähnlicher Weise wie Steyrer (siehe vorstehendes Referat) untersucht Verf. bei Hunden und Menschen die Harnänderung, die bei Ureterendruck zu stande kommt. Aufser der Zunahme der Harnmenge findet sich auch hier ein Absinken der molekularen Konzentration des Harnes bis zu $^3/_4$ der Normalen, an der der Harnstoff am wenigsten, mit nur 4 % teilnimmt, etwas mehr das Kochsalz, mit 11 %, und die übrigen Harnbestandteile, besonders die anorganischen, mit 85 %. Mit der Anschauung, dafs der Glomerulus ein Filter, und die Kanälchen ein nach den Gesetzen der Osmose arbeitender Eindickungsapparat seien, lassen sich diese Befunde nicht vereinbaren. Malfatti-Innsbruck.

The diagnostic and therapeutic Value of ureteral Catheterization: with Report of a Case. Von L. Grofs. (New-York Med. Journ. 13. Sept. 1902.)

Ein 33jähriger Mann, der 3mal Tripper acquiriert hatte, zuletzt vor 1 Jahr, litt an durch nichts zu beseitigendem trüben Urin. Mittels Ureterenkatheterismus wurde eine Pyelitis der r. Niere festgestellt, während die l. Niere normal war. Es wurden nun in regelmäfsigen Intervallen von 4 Tagen 10 ccm einer 0,1 % Arg. nitric.-Lösung mittels Ureterenkatheters ins kranke Nierenbecken und die gleiche Quantität in die Blase instilliert. Nach 10maliger Anwendung dieses Verfahrens war der Urin ganz klar, trotzdem wurden die Instillationen noch 3mal in 14tägigen Pausen wiederholt, worauf der Patient als vollständig geheilt entlassen werden konnte. Die übrigen Ausführungen des Autors enthalten Bekanntes. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Some cases of ureteral stricture. Von H. A. Kelly. (Amer. med. Assoc. 53. annual Session, held at Saratoga Springs 1902, 10.—13. Juni.)

K. führt mehrere Fälle von Strikturen des Ureters an und bespricht Diagnose und Behandlung. Die häufigste Ursache ist eine Ureteritis infolge von Tuberkulose. Gonokokken kommen ätiologisch nur selten in Betracht. Direkte, durch die Striktur verursachte, Symptome fehlen meist. Andauernde Pyurie ist ein sehr wertvolles Symptom; doch ist eine exakte Diagnose nur möglich bei direkter Untersuchung des Urintraktus. Ein dilatierter Ureter kann bisweilen von der Vagina oder vom Rektum aus gefühlt werden; bei der cystoskopischen Untersuchung sieht man vielfach eine Schwellung der Uretermündung. Direkt fühlbar ist die Striktur häufig beim Katheterisieren des Ureters. Die Behandlung hat bei frischen Fällen in Dilatation, bei älteren in Excision der strikturierenden Stelle und Implantation in die Blase zu bestehen. Bei Tuberkulose mufs der ganze obere Urintraktus entfernt werden. Dreysel-Leipzig.

Contribution to ureteral surgery. Von O. Werder. (Amer. med. Assoc. 53, annual Session, held at Saratoga Springs 1902, 10.—13. Juni.)

Eine Verletzung des Ureters ist heutigen Tages keine Indikation mehr für eine Nephrektomie. Unter 1500 Bauchoperationen hat W. 4mal den Ureter verletzt. In drei Fällen führte er die sofortige Implantation des Ureters in die Blase aus, 2mal mit Erfolg, einmal mit Bildung einer Vaginalfistel. Dreysel-Leipzig.

2. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Anatomie des Ductus ejaculatorius, der Ampulla vasis deferentis und der Vesicula seminalis des erwachsenen Mannes. Von Felix. (Anat. Hefte 1902, Nr. 54.)

1. Der Ductus ejaculatorius besitzt in seinem obersten Abschnitt zwei Lichtungen, die eine dem Ductus deferens, die andere der Vesicula seminalis entsprechend. Diese gehen über in den Sinus ejaculatorius. Die Lichtung des Ductus deferens und ebenso auch diejenige der Vesicula seminalis wird nun bei ihrer Einmündung in den Sinus ejaculatorius um 90° gedreht, und das Gleiche erfolgt beim Übergange der Lichtung des Sinus in diejenige des übrigen Teiles des Ductus ejaculatorius. Das ejakulierte Sperma erhält also gleich bei seinem Eintritt in den Sinus urogenitalis eine Drehbewegung um seine Längsachse und wird sich infolge derselben in einer Schraubenlinie durch die Harnröhre weiter bewegen.

In der dorsalen und medialen Wand des Duct. ejacul. können fünf Anhangsgebilde nachgewiesen werden. Der erste und vierte (von unten nach oben) erweisen sich als leichte Divertikel der Lichtung des Ductus, der zweite und dritte als aggregierte tubulöse Drüsen, der fünfte als eine grofse Drüse ähnlich denen in der Wand des Ductus deferens und der Vesicula seminalis.

Die Muscularis gehört nicht zum Ductus, sondern zu den Anhangsgebilden.

Die Schleimhaut der Lichtungen weist ein reiches Faltensystem auf. Das Epithel der primären Falten ist ein geschichtetes, das der sekundären und tertiären ein einfaches, aber hohes Cylinderepithel.

Bezüglich der Befunde an der Pars ampullaris ductus deferentis und an der Vesicula seminalis weicht Verfasser von den bisherigen Anschauungen ab. Federer-Teplitz.

Greffes et transplantations du testicule. Application au traitement de l'ectopie testiculaire. Von Mauclaire. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 9.)

Während die Transplantation von Ovarien bei Tieren zu positiven Resultaten geführt hat, haben die bisherigen Versuche, den gesunden, aber von seinen Gefäfsen und Nerven völlig getrennten Hoden zu trans-

plantieren, nur sich widersprechende Resultate gehabt. Am Menschen hat Verf. in verschiedenen Fällen von Leistenhoden eine Aufpfropfung des einen Hodens auf den andern versucht, ohne ihn von seinen Gefäfs- und Nervenverbindungen zu befreien. Zweck der Operation war, sowohl die Verlagerung als auch die meist hierbei vorhandene Atrophie des Hodens zu beseitigen. Die Operation wird genau beschrieben, es handelt sich im wesentlichen darum, dafs nach Freilegung des ektopischen Hodens das Septum scroti entfernt, dann auf jedem Hoden eine Fläche angefrischt wird, wonach die entsprechenden Ränder der so entstandenen Wundflächen vernäht werden. Durch Naht der beiderseitigen Tunica vaginalis werden die beiden Hoden zusammen eingehüllt. Verf. hat in 9 Fällen von Leistenhoden durch dieses Verfahren meistens sehr gute Resultate bezüglich der Fixation des verlagerten Hodens erhalten, wodurch die Chance gegeben ist, auch normale Gröfse und Sekretion zu erreichen. Bei den meisten seiner operierten Fälle beobachtete Verf. eine mangelhafte Entwickelung der Gefäfse des Samenstranges. Er hält es für möglich, dafs diese Entwickelungsstörung primär ist und in der Pathogenese des mangelhaften Descensus testis eine wichtige, wenn nicht die Hauptrolle spielt. Schlodtmann-Berlin.

Winkelmanns Operation for Hydrocele. Von van der Poel. (New-York Sect. on Gen.-Ur. Surg. 17. April 1902. Nach d. J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, p. 428.)

Der Autor schlägt vor, statt die Wunde nach dieser Operation vollständig zu schliefsen, in ihrem unteren Winkel ein Drainrohr von zirka 3 cm Länge zu belassen. Es würde dadurch eine innigere Verwachsung zwischen der Vorderfläche der Hoden und dem subkutanen Gewebe erzielt.

Berg sind 4 Recidive nach dieser Operation bekannt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Nécrose spontané et ehémorrhagique du testicule sans torsion du cordon spermatique. Von Mauclaire. (Annales des mal. des org. gén.-urin. 1902, Nr. 7.)

Die Ursachen der spontanen hämorrhagischen Nekrose des Testikels, also gewissermafsen der Apoplexia testiculi sind noch nicht zur Genüge aufgeklärt. Verf. beschreibt einen solchen Fall, bei dem zur Heilung die Kastration ausgeführt werden mufste. Neben den Fällen, in denen es durch Torsion des Samenstranges oder durch Infektion, durch Thrombose und Phlebitis der Venen des Plexus pampiniformis zur hämorrhagischen Nekrose kommt, scheint man in manchen Fällen, wie auch in dem vorliegenden, in dem derartige Ursachen fehlen, eine Endarteriitis obliterans der Arteria spermatica infolge von Atherosis annehmen zu dürfen. Man hätte es demnach mit Apoplexie oder seniler Gangrän des Hodens zu thun. Schlodtmann-Berlin.

Doppelseitige Hodenneuralgie. Von Verhoef. (Journ. de Chir. 1902, Jan.)

Der Patient V.s, ein 19jähriger Mann, erkrankte plötzlich an heftigen Schmerzen in der Hodengegend. Im äufseren Leistenringe fand sich ein rudimentärer Hoden; dieser wurde, da der andere Hoden normal erschien, entfernt. Zwei Jahre später stellten sich heftige Schmerzen am anderen Hoden ein, so dafs Kastration nötig wurde. Seitdem hatten sich keine Beschwerden wieder gezeigt. Dreysel-Leipzig.

Kastration bei Hodentuberkulose. Von Dr. Ludwig Berger. [Aus der chirurgischen Abteilung des St. Lazarus-Landesspitals zu Krakau.] (Archiv f. klin. Chirurgie 68. Bd., IV. Heft.)

Auf Grund von 50 Beobachtungen kommt Autor zu der Ansicht, dafs mit der zuwartenden Behandlung nicht allzuviel Zeit vergeudet werden solle, und dafs im Falle der Resultatlosigkeit der konservativen Behandlung möglichst bald zum radikalen Verfahren geschritten werden solle.

Die beobachteten Kranken befanden sich zwischen dem 10. und 80. Lebensjahr. Die hereditäre Belastung wurde bei 7 Patienten konstatiert, die Mitbeteiligung anderer Organe bei 12 Kranken; bei 4 Patienten ist dem Ausbruch der Hodentuberkulose Gonorrhoe vorausgegangen. 9 mal wird als ursächliches Momment Kontusion angeführt, 18 Tage bis 11 Monate vor dem Krankheitsausbruch. Bei 5 Kranken traten an beiden Hoden gleichzeitig Krankheitserscheinungen auf; bei anderen 4 kamen die Symptome am zweiten Testikel erst 2, 4, 5, 7, 15 Monate nach der Erkrankung des ersten Hodens zum Vorschein. In einem Falle betrug das Intervall zwischen dem Auftreten der Krankheit an beiden Hoden sogar 4 Jahre.

Das endgiltige Schicksal von 47 Patienten ist bekannt; 3 Patienten, und zwar 2 nicht operierte und ein einseitig kastrierter sind verschollen.

Der Kranke, der sich keiner Behandlung unterzog, ist gestorben, 3 dagegen genasen nach partieller Excochleation; von den 43 ein- oder beiderseitig kastrierten sind 26 (60.4 %) bis auf heute gesund geblieben.
S. Jacoby-Berlin.

Les injections motificatrices dans le traitement de la tuberculose épidydimaire. Von Bohdanowicz. (Annal. des mal. des organ. genit.-urin. 1902 No. 6.)

In zwei Fallen von Hodentuberkulose hat Verf. mit gutem Erfolge Injektionen von Naphtol angewandt. Er empfiehlt dieses Verfahren für Fälle, in denen es zur Eiterung gekommen und die Haut adhärent ist, mithin die Entstehung einer Fistel mit allen ihren unangenehmen Folgen droht. Mit einer Pravazschen Spritze wird der Eiter aspiriert und alsdann Naphtol, einige Tropfen bis 1 ccm, injiziert. Täglich oder alle zwei Tage wird das Verfahren wiederholt. Schlodtmann-Berlin.

3. Erkrankungen der Prostata.

Beiträge zur Anatomie und Embryologie der Prostata und der Samenblasen. Von Gustav Pallin. (Arch. f. Anat. u. Entwickelungsgesch. 1902, Nr. 3.)

Das Untersuchungsmaterial ward von Menschen, Kaninchen, Rind und Ratte gewonnen.

Verfasser stellt die Ergebnisse folgendermafsen zusammen:

1. Die Prostatadrüsen werden beim menschlichen Embryo im dritten Monate durch Abschnürung von Falten an der Aufsenseite der Epithelwand der Urethra angelegt. Es giebt 3 Gruppen von Anlagen:
   a) kranial- und dorsalwärts gelegene;
   b) kaudal- und dorsalwärts befindliche;
   c) ventrale.

Die beiden ersteren gehen von den Prostatafurchen der Urethra aus. Von den kranialen wird die Hauptmasse der Basis prostatae gebildet. Der Lobus tertius der Prostata wird nicht aus selbständigen Drüsen gebildet, sondern von Verzweigungen dieser kranialen Drüsen. Die kaudalen dorsalen Anlagen bilden die seitlichen und hinteren Partien der Seitenlappen.

2. Die Sam enblasen weisen beim Erwachsenen grofse Schwankungen auf. Die ursprüngliche Form ist ein schwach gewundener Hauptgang mit kleinen Divertikeln.

3. Die Ampulla vasis deferentis besitzt einen geschlängelten Hauptgang mit zweiseitig angeordneten Divertikeln.

4. Die Samenblasen entstehen im dritten Monate durch Abschnürung hohler Falten an den Wolffschen Gängen. Zu Ende des vierten Monats beginnen sich ihre Divertikel zu entwickeln.

Federer-Teplitz.

Contribution à l'étude de l'anatomie macroscopique de la prostate hypertrophiée. Von Alberran und Motz. (Annales des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 7.)

Die makroskopische Anatomie der hypertrophischen Prostata ist schon oft sorgfältig bearbeitet worden, trotzdem erschien es Verfassern angebracht, einige Punkte, die früher von sekundärer Bedeutung waren, deren Studium aber bei der neuerdings in Aufnahme kommenden Prostatektomie nützlich geworden ist, zu präzisieren. Verff. geben deshalb keine umfassende Beschreibung der Prostatahypertrophie, sondern beschränken in dieser Arbeit ihr Studium auf einige besondere Punkte, insbesondere auf die Prostatakapsel und die Beziehungen der hypertrophischen Drüse zur Urethra und zum Blasenhals. Nähere Angaben über die detaillierten Beobachtungsbefunde können hier in Kürze nicht gemacht werden. Es ergeben sich mancherlei neue interessante Gesichtspunkte für das Zustandekommen der verschiedenen pathologischen Zustände und die Beteiligung der einzelnen Drüsenabschnitte an der Hypertrophie.

Schlodtmann-Berlin.

Über Spermatorrhoe und Prostatorrhoe. Von Krösing. (Wissenschaftlicher Verein der Ärzte zu Stettin; Berliner klin. Wochenschrift 1902, Nr. 35.)

K. charakterisiert die beiden Affektionen als Paresen der Ductus ejaculatorii und prostatici, im Gegensatz zu den krankhaften Pollutionen, die eine motorische Neurose mit Krampf der Samenblasen darstellen. Die Entleerung der beiden Sekretarten schliefst sich vorwiegend an Defäkation und Miktion an. Ätiologisch kommt hier ganz vorwiegend Gonorrhoe in Betracht; Pollutionen und die denselben zu Grunde liegenden Schädlichkeiten, wie Masturbation, Coitus interruptus, Excesse in Venere sind keineswegs häufig die Vorläufer. Durch das lange Bestehen der gonorrhoischen entzündlichen Veränderungen wird der Muskelapparat geschwächt und insufficient; wahrscheinlich tritt, wenn Blase oder Darm sich kontrahieren, eine gleichzeitige Kontraktion von Prostata und Samenblasen ein. Seltenere Ursachen der Sperma- resp. Prostatorrhoe sind Striktur der Harnröhre, Hämorrhoiden, vielfacher Katheterismus, Phthise, Diabetes, Typhus, Tabes u. dergl. Das Sekret enthält aufser den normalen Bestandteilen bei Spermatorrhoe tote Spermatozoen, wenn der belebende Prostatasaft fehlt, bei Sperma- und Prostatorrhoe leben diese, und es treten Eiterkörperchen hinzu. Andere Krankheitssymptome fehlen manchmal ganz, nach längerem Bestehen pflegen jedoch allgemeine und lokale neurasthenische Beschwerden hinzuzukommen, wie Hoden- und urethrale Neuralgien, Harndrang, Paraesthesien und a. m. Die Potentia coeundi und generandi ist oft dabei intakt. Die Behandlung soll nur, wenn noch Reste von Gonorrhoe vorhanden sind, eine lokal-spezialistische sein, sonst ist nur hygienisches Regime im weitesten Sinne und roborierende Diät indiziert.

In der Diskussion betont Scharf die Wichtigkeit des palpatorischen Reliefbildes der Prostata im Verein mit der Konsistenz und der Urethroscopia posterior für die Diagnose; Schmerz im Sulcus interlobularis deute immer auf Colliculitis hin. Die Behandlung der Spermatorrhoe mit Medikamenten sei unnötig, die besten Resultate gebe neben hydrotherapeutischer Behandlung die Kaustik des Colliculus.

Krösing warnt davor, aus dem palpatorischen Rektalbefund diagnostische Schlüsse zu ziehen; viel wichtiger ist die mikroskopische Untersuchung des exprimierten Sekrets. Die kaustische Zerstörung des Colliculus bei Spermatorrhoe sei überflüssig und nicht unbedenklich wegen der nachfolgenden Narbenbildung. Von innerlichen Mitteln seien zur Unterstützung Hydrastis canad., Ergotin und Cornutinum citricum zu empfehlen. Paul Cohn-Berlin.

Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente). Von M. Lecomte. (Thèse de Paris 1902).

Diese nicht durch Gonokokken hervorgerufenen Prostatitiden zerfallen in 2 Gruppen: 1. in eine durch Mikrobien (Staphylo-, Streptokokken u. s. w.) bedingte Form als Sekundärinfektion bei einem Tripper, oder bei Strikturen der Harnröhre, oder bei Prostatahypertrophie oder

descendierend infolge von Cystitis oder Pyelonephritis oder schliefslich infolge einer Intestinalerkrankung; 2. in eine aseptische Form, charakterisiert durch Hypersekretion des Prostatasekrets infolge übermäfsiger Anstrengung des Organs (durch Abusus im Coitus oder Masturbation). Während die erste Gruppe zu anatomischen Veränderungen der Prostata führt, kann die zweite Gruppe sehr lange ohne solche bestehen bleiben. Die Symptome dieser Erkrankung sind gewöhnlich nicht charakteristisch. Man erkennt die Läsion meist durch rektale Palpation und durch mikroskopische Untersuchung des Sekrets. Die Behandlung besteht aufser in Beseitigung der primären Ursache in Massage mit oder ohne Elektrisierung sowie Applikation von Hgsuppositorien und Instillationen in die Urethra post. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Contribution à l'étude de l'orchite des prostatiques. Von Desnos und Minet. (Annel. des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 8.)

Untersucht werden die klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse bei den die Prostatahypertrophie oft komplizierenden Fällen von Epididymitis und Orchitis. Es giebt zwei Gruppen: erstens die einfach entzündlichen Formen mit entzündlicher Schwellung, welche sich vom Samenstrang auf Nebenhoden und zuweilen auch Hoden fortsetzt und manchmal von einem mäfsigen Ergufs in die Tunica vaginalis begleitet ist. Nach antiphlogistischer Behandlung bessern diese Fälle sich rasch unter Zurücklassen einer Verhärtung des Nebenhodens und Neigung zu Recidiven. Die zweite Gruppe ist charakterisiert durch eiterige Entzündung und umfafst zwei Arten: entweder es handelt sich um einen einzelnen Abscefs im Nebenhoden oder auch zuweilen im Hoden, der durch Incision und Entleerung des Eiters völlig auszuheilen pflegt; oder aber es handelt sich um multiple Abscesse, die meist zu Fisteln führen. Über den makroskopischen und mikroskopisch-histologischen Befund mehrerer genau beobachteten Fälle finden sich nähere Angaben. In einigen Fällen besteht ein augenfälliger Zusammenhang zwischen Entzündungsprozessen, die in der Prostata bestehen, und diesen Komplikationen; in anderen Fällen wieder scheint ein direkter Zusammenhang zu fehlen. Therapeutisch kommen bei der ersten Gruppe nur antiphlogistische Mittel in Betracht, bei den zu Abscessen führenden Fällen ein chirurgischer Eingriff. Die Incision genügt bei einem vereinzelten Abscefs. Bei den Fällen mit multiplen Abscessen, die eine ungünstigere Prognose geben, bleiben Incisionen meist erfolglos, es kommt zu unversiegbaren Fisteln und es droht eine Allgemeininfektion. Unter solchen Umständen ist die Kastration indiziert. Schlodtmann-Berlin.

Hypertrophie prostatique avec grande dilatation uréthrale. Von R. Proust. (Bull. de la soc. anatom. de Paris 1902, p. 200.)

Die beiden Seitenlappen sind enorm vergröfsert, so dafs die Urethra mit der Blase nur durch eine ganz feine Öffnung in Verbindung steht. Dagegen ist die Urethra prostatica sehr stark besonders im anteroposterioren Durchmesser, der 4 cm beträgt, dilatiert. Dieser Fall zeigt,

dafs intraurethrale Einschnitte die Retention nicht beseitigen, während die Prostatektomie das Hindernis entfernen kann.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Curvilinear prerectal operation for abscess of the prostate. Von J. Ransohoff. (Amer. surg. Assoc., Albany 1902, 2.—5. Juni.)

R. führt drei Fälle von Prostataabscefs an, die er nach seiner Methode behandelt hat. Diese besteht in folgendem: Schnitt von einem Tuber ischii zum anderen, der zirka 1 Zoll vor dem Anus vorbeiführt. Die Harnröhre wird nicht geöffnet, die Prostata durch eine in die Blase eingeführte Steinsonde nach abwärts gedrückt. Das Operationsfeld ist auf diese Weise sehr gut freigelegt, die Blutung kann leicht kontrolliert werden.

Dreysel-Leipzig.

Hypertrophy of the Prostate, cured by Bottinis Operation. Von W. Meyer. J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, S. 425.)

Der damals 51jährige Patient bekam 1896 eine akute Retention und wurde durch den Katheterismus infiziert. Durch Kastration des r. Testikels vorübergehende Besserung. 1897 bestand eine Hypertrophie beider Seitenlappen mit 175 ccm Residualharn, chronische Cystitis und Balkenblase. Der Patient wurde damals nach Bottini operiert. Jetzt nach 4 Jahren vermag der Patient regelmäfsig und in kräftigem Strahl den Urin zu entleeren, die Residualharnmenge beträgt 5 ccm, der Urin ist vollständig klar. Der Patient kann also als geheilt betrachtet werden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Bottini operation. Von H. H. Young. (Amer. Assoc. of genito-urinary surgeous; Atlantic City 1902, 29.—30. Apr.)

Y. hat mit der Bottinischen Methode gute Erfolge erzielt. Er hat 19 Kranke über 70 und 3 Kranke über 80 Jahre auf diese Methode behandelt ohne einen Todesfall. Das Resultat war bei allen aufser zweien ein gutes.

Dreysel-Leipzig.

Upon the treatment of prostatic hypertrophy, medicinal, vasectomy, castration, Bottini, prostatectomy, with reference to personal experience. Von Krotoszyner. (Pacific. Med. Journ., May 1901.)

K. bespricht in diesem Vortrage die heutzutage üblichen Behandlungsweisen bei Prostatahypertrophie und zwar in erster Linie die Bottinische Operation, von welcher er sehr viel zu halten scheint. Bei diesem Verfahren macht er auf die Wichtigkeit einer genauen cystoskopischen Untersuchung vor der Operation aufmerksam. Er operiert bei nur wenig mit Borsäurelösung gefüllter Blase und kann 60 % Heilungen aufweisen.

von Hofmann-Wien.

Einige Fälle von erfolgreicher Bottinischer Operation bei besonders lange bestehender Urinverhaltung. Von Dr. Albert Freudenberg, Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 31.)

Im ersten Falle, über den Freudenberg berichtet, bestand eine komplete Urinretention seit 10 $^{3}/_{4}$ Jahren. Hier erfolgte schnelle Heilung nach der Bottinischen Operation. Pat. konnte am 4. Tage nach derselben bereits spontan urinieren. In dem folgenden Falle bestand die Urinretention seit fast 28 Jahren; auch hier erfolgte eine gute Heilung, wenn auch erst nach vielen Zwischenfällen. Über den letzten Fall ist schon bei früheren Gelegenheiten wiederholt berichtet worden. Die Heilung dauert jetzt über 4 Jahre bereits fort. Ludwig Manasse-Berlin.

Theorie und Praxis in der Bottinischen Operation. Von Dr. Albert Freudenberg, Berlin und **Bemerkungen zu vorstehendem Artikel Freudenbergs.** Von Dr. Felix Schlagintweit, München, Bad Brückenau. (Monatsber. f. Urologie Bd. VII, Heft 4.)

Es handelt sich um eine Fortsetzung der Polemik zwischen beiden Autoren, die in diesem Centralbl. begonnen, aber nicht zu Ende geführt wurde und auch nicht so leicht zu Ende geführt werden kann. Der Gegenstand der Polemik ist im wesentlichen die Frage, ob man bei der Bottinischen Operation den Zeigefinger im Rektum des Patienten zur Kontrolle haben soll oder nicht. Sicher hängt der Erfolg der Operation nicht von der Beobachtung dieser technischen Vorschrift ab. Es giebt eben viele Wege, die nach Rom führen; jeder Operateur hält seine Methode für die beste, weil er sie am besten beherrscht.

Ludwig Manasse-Berlin.

Beitrag zur Statistik der Prostatadiscision. Von Dr. Rörig II (Reinhard) in Wildungen. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 31.)

Die Arbeit enthält eine kurze Zusammenstellung der von Rörig operierten Fälle. Bis zum Herbst 1901 hat Rörig 23 mal bei Prostatahypertrophie die Bottinische Operation ausgeführt; es befanden sich darunter 4 Fälle mit chronischer absoluter Retention, die übrigen 19 mit chronischer relativer, einschliefslich der Fälle von akuter kompleter Retention. In der ersten Gruppe wurden 3 geheilt, einer blieb ungeheilt; in der zweiten Gruppe waren 9 Heilungen, 6 Besserungen, 4 ohne Erfolg. Ludwig Manasse-Berlin.

Removal of the 3 lobes of the prostate by suprapubic cystotomy. Von C. L. Gibson. (The Amer. assoc. of genito-urinary surgeous, Atlantic City 1902, 29.—30. Apr.)

G. demonstriert eine Prostata, bei der sämtliche drei Lappen hypertrophisch waren. Der 62jährige Kranke litt an Harndrang und mäfsiger Cystitis. G. entfernte die Prostata in toto durch hohen Steinschnitt. Der Kranke starb 4 Tage später. Eine Sektion wurde nicht gestattet.

Dreysel-Leipzig.

De la prostatopexie sub-périnéale ou luxation de la prostate hors de sa loge comme traitement de l'hypertrophie de la prostate. Von Delagénière. (Archiv. provinc. de chir. No. 6, 1902.)

D. luxierte einem 70jährigen Patienten mit Prostatahypertrophie die Prostata nach vorn und unten, worauf alle Beschwerden aufhörten. Die Operation wurde von einem perinealen Schnitte aus vorgenommen. Die Prostata liefs sich nach Spaltung der Aponeurose sehr leicht mit dem Finger ablösen und luxieren. D. glaubt, dafs man bei geringen Graden von Prostatahypertrophie mit dieser Operation gute Erfolge erzielen dürfte, während für höhere Grade die Prostatektomie vorzuziehen sei.

von Hofmann-Wien.

De la prostatectomie périnéale chez les cystostomisés. Von Audry. (Arch. provinc. de chir. No. 6, 1902.)

1. Ein 78jähriger Mann, der seit 6 Monaten an Harnbeschwerden litt, war wegen Urinretention und Zeichen von Harnvergiftung cytostomiert worden. 3 Wochen später führte A. die Prostatectomia perinealis aus, welche durch die vorausgegangene Cystostomie erleichtert wurde. Der Wundverlauf gestaltete sich sehr günstig, hingegen war das Resultat bezüglich der Funktion gleich Null.

2. Bei einem seit 10 Jahren an Blasenbeschwerden leidenden Manne war die Cystostomie vorgenommen worden. Ein Jahr darauf wollte der Patient seine Blasenfistel verschliefsen lassen, und es wurde daher die Prostatectomia perinealis vorgenommen. Das Resultat war in jeder Beziehung günstig.

von Hofmann-Wien.

A clinical lecture on a third series of cases of total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Von Freyer. (Brit. Med. Journ., July 26. 1902.)

F. teilt in diesem Aufsatze die Krankengeschichte von 6 an Prostatahypertrophie leidenden Patienten mit, die nach seiner im Brit. Med. Journ. June 20. 1901 und Februar 1. 1902 veröffentlichten Methode operiert worden waren. Die Resultate waren durchwegs sehr günstige. (Vide Centralbl. für Harn- u. Sexualorg. 1901 p. 688 u. 1902 p. 551.)

von Hofmann-Wien.

Perineal prostatectomy — a new operation. Von Goodfellow. (Occid. Med. Times, Dec. 1901.) Vortrag, gehalten vor der California Academy of Medicine. April 29. 1902.

G. lobt in diesen beiden Vorträgen bei der Behandlung der Prostatahypertrophie die Prostatektomie von einem perinealen Schnitte aus. Die Resultate sind sehr günstige, die Gefahren der Operation gering, die Nachbehandlung einfach.

von Hofmann-Wien.

Taille périnéale et prostatectomie. Von Legueu. (Annales des mal. des organ. gén.-urinaires. 1902, No. 8.)

Verf. hält einen klinischen Vortrag über einen Fall von Blasensteinen in einer infizierten, sehr empfindlichen und zu Blutungen neigenden Blase eines Prostatikers. Die Lithotripsie ist ausgeschlossen wegen der hohen Empfindlichkeit der Blase, der schweren Infektion und der Blutungen. Durch Sectio alta würden wohl die Steine entfernt, die eigentliche Ursache zur Steinbildung in diesem Falle, nämlich die Prostatahypertrophie mit allen ihren Folgen würde dadurch nicht beseitigt werden, es würde demnach wahrscheinlich bald zu Recidiven kommen. Verfasser zieht in solchen Fällen den perinealen Blasenschnitt vor und verbindet mit dieser Operation die neuerdings viel mit gutem Erfolge geübte Prostatektomie. Schlodtmann-Berlin.

Prostate hypertrophiée enlevée par prostatectomie périnéale. Von A. Guinard und R. Proust. (Bull. de la soc. anatom. de Paris 1902, p. 211.)

Die beiden Seitenlappen waren hier enorm hypertrophiert und hatten aufser der Dysurie einen irreponiblen Mastdarmvorfall verursacht. Die Prostata wurde nach der Proustschen Methode mittelst Sectio perinealis entfernt. Sie wog 55 g. Der Patient verliefs nach 6 Wochen die Klinik als vollständig geheilt und war auch vom Mastdarmvorfall befreit. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Perineal Prostatectomy. Von G. Goodfellow. (Occidental Med. Times Dez. 1901 und California Acad. of Med. 29. April 1902.)

Seit dem Jahre 1891 hat G., wohl als erster, bei Prostatahypertrophie diese Operation gemacht und zwar bis jetzt bei 26 meist über 60 Jahre alten Individuen, mit 1 Todesfall, der aber in Folge von Cholecystitis suppurat. eintrat, bei den übrigen war der Erfolg ein glänzender. Indiziert ist die Operation bei starker Vorsteherdrüsenvergröfserung mit kompletter Retention oder viel Residualharn. Die Operation wird in Steinschnittlage mit starker Adduktion der Oberschenkel an die Bauchwand ausgeführt, ein Medianschnitt vom Skrotum bis zum After gemacht, die Urethra membranacea eröffnet, ein Finger oder Speculum in die Blase eingeführt und damit die Prostata in die Wunde vorgedrängt und nun enukleiert. Die Wunde schliefst sich gewöhnlich ohne Irrigation oder Drainage nach 18 Tagen. Manchmal entsteht nach der Operation eine Epididymitis. Eine Unterbindung der Samenkanäle ist überflüssig und oft schädlich. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, Indications de la Prostatectomie. Von J. Alberran. (La Presse méd. 1902, No. 42.)

A. hat bis jetzt 35 mal die perineale Prostatektomie gemacht, 1 mal nach der Methode von Baudet, 1 mal nach der von Nicoll, die

übrigen nach der von Gosset und Proust. Das Durchschnittsalter der Operierten betrug 63 Jahre, zwei waren über 73 Jahre alt, wovon des einen Prostata 250 g wog. Das Resultat der Operation ist folgendes: ein Todesfall und bei 31 Operierten, die weiter beobachtet werden konnten, 28 vollständige Heilungen, 2 bedeutende Besserungen und 1 Rekto-Urethralfistel, die eine Nachoperation erfordert. 11 der Operierten hatten Steine, die zugleich mit bei der Operation entfernt wurden. Indiziert ist die Operation unbedingt bei vollständiger chronischer Retention, gleichgültig, wie alt dieselbe sei. Man kann sie machen bei unvollständiger chronischer Retention, sowie schon im ersten Stadium, wenn die Prostata sehr grofs ist und sich bereits lästige Erscheinungen bemerkbar machen. Kontraindikationen sind: Hohes Alter, vorausgesetzt, dafs der Katheterismus noch leicht von statten geht, akute Pericystitis und Periprostatitis, schwere, doppelseitige Nierenaffektionen, weit vorgeschrittene Kachexie, sowie sonstige schwere Allgemeinerkrankungen. Dagegen wirkt die Prostatektomie bei Infektion der Blase oder schwerem Harnfieber, wenn ein Verweilkatheter nicht wirkt, ausgezeichnet.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Myomektomie, partielle Prostatektomie als Behandlungsmethode bei Prostatavergröfserung. Von Bernays, St. Louis. (Americ. Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 1902, Heft 3.)

Bei allen Fällen von Prostatahypertrophie sind palliative Mafsnahmen oft radikalen Eingriffen vorzuziehen. Drainage der Blase auf dem Wege der suprapubikalen Incision ist empfehlenswerter, als die perineale Drainage, wenn chronischer Blasenkatarrh und Pyelitis bestehen. Die Gefahren der Myomektomie oder perinealen Prostatektomie sind gering und kann man so genügende Resultate erzielen. Bottinis Operation wird durch obige Operationsmethode verdrängt werden, zumal sie ein gefährlicher Eingriff ist und oft Harninfiltration des Perineum im Gefolge hat. Bei der Myomektomie ist fast keine Gefahr vorhanden.

Federer-Teplitz.

Technique de l'incision prérectale, appliquée a la Chirurgie génitale chez l'homme (Prostatektomie et Spermatocystektomie). Von Robert Proust.

Die tiefe Lage des Dammes ist nur eine scheinbare und sie ist abhängig von der Position, in der sich der zu Operierende befindet. Es ist möglich, dem Patienten eine Lage zu geben, die den Damm vollkommen zugängig macht und ihn zu gleicher Zeit in eine horizontale Ebene bringt. Es ist dies die von Proust als „position périnéale inversée" bezeichnete Lage.

Während früher die Chirurgen bei Dammoperationen möglichst kleine Schnitte machten und sich infolgedessen in einem überaus engen Raum bewegten, und während sie es vermeiden wollten, Organe zu verletzen, ohne sie vorher dem Auge zugänglich zu machen, und zwischen ihnen den Weg zu finden suchten, ohne sie zu entfalten, wissen wir heute, dafs

das beste Mittel, alle diese Organe nicht zu verletzen, das ist, sie bloſszulegen, sie zu isolieren und sie mit Hilfe von Ecarteuren zu schützen, die gleichzeitig das Operationsfeld dem Operateur zugänglich machen. Um diesen Zweck zu erreichen, bedarf es dreier Forderungen: Man muſs sich die Organe sichtbar machen, man muſs die Punkte kennen, von denen aus man zu denselben gelangt, und man muſs genau orientiert sein über Lage und Ausdehnung der Räume, die man entfalten kann (zones décollables).

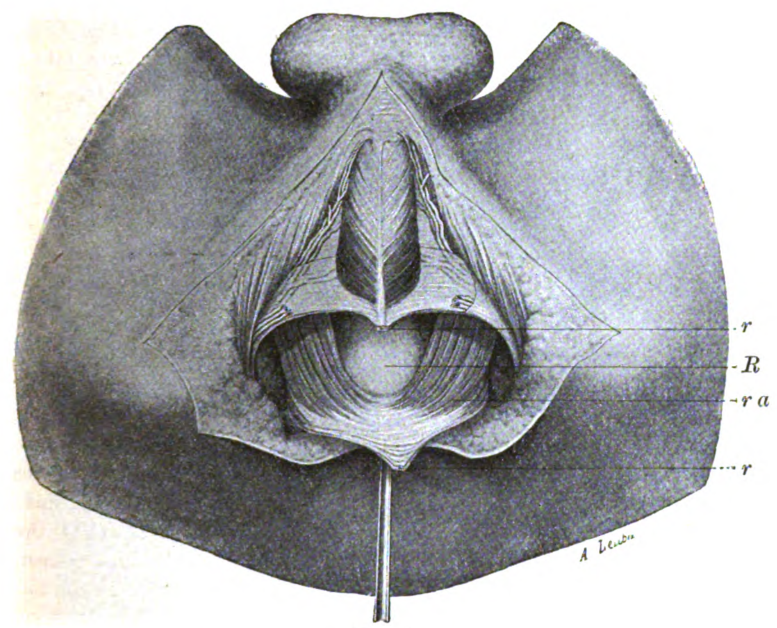


Fig. 1.
Anatomische Präparation des Dammes, die oberflächliche Raphe ano-bulbosa *r r* ist durchschnitten und man sieht das Rektum *R* umgeben von den beiden Levatores ani *r a*. Nach vorne und hinten ist der Damm unversehrt.

Der Damm wird gebildet durch die Gesamtheit der Weichteile, welche nach Art eines Diaphragmas nach unten zu den knöchernen Kontur des kleinen Beckens abschlieſsen. Er begreift die gesamten Muskeln in sich, welche den beiden Systemen angehören, die sich in diesem unteren Teil des kleinen Beckens befinden. Das sind Urogenitalsystem und Rektum.

Von zwei Gesichtspunkten aus muſs man diese Gebilde studieren:

1. Die topographische Aufeinanderfolge der Gewebsschichten von unten nach oben und die Beziehungen beider Systeme zu einander von vorn nach hinten.

2. Die spezielle Betrachtung des vorderen Dammes, der Muskulatur des Rektums und der Capsula prostatica.

Die Aufeinanderfolge der Gewebsschichten in der Höhe des oberen Dammes ist folgende: Unter der Haut die obere Beckenfascie, darunter der Bulbus, umgeben von den Mm. bulbo-cavernosi in der Mittellinie, seitlich die Mm. ischio-cavernosi. Die Fascie, welche nach vorn unter dem Skrotum verschwindet, zieht nach hinten um den hinteren Rand der Mm. transversi superficiales herum und vereinigt sich mit der mittleren Beckenfascie zum Diaphragma urogenitale.

Durch diesen Verlauf wird ein Raum gebildet, der ischio-bulbäre Raum; es ist dies der untere Raum, welcher bei der Urininfiltration in Betracht kommt; außerdem enthält dieser Raum die vorderen Zweige der Art. pudenda interna; in diesem Raum befindet sich, wie schon gesagt, der Bulbus, die Mm. ischio-cavernosi und transversi superficiales.

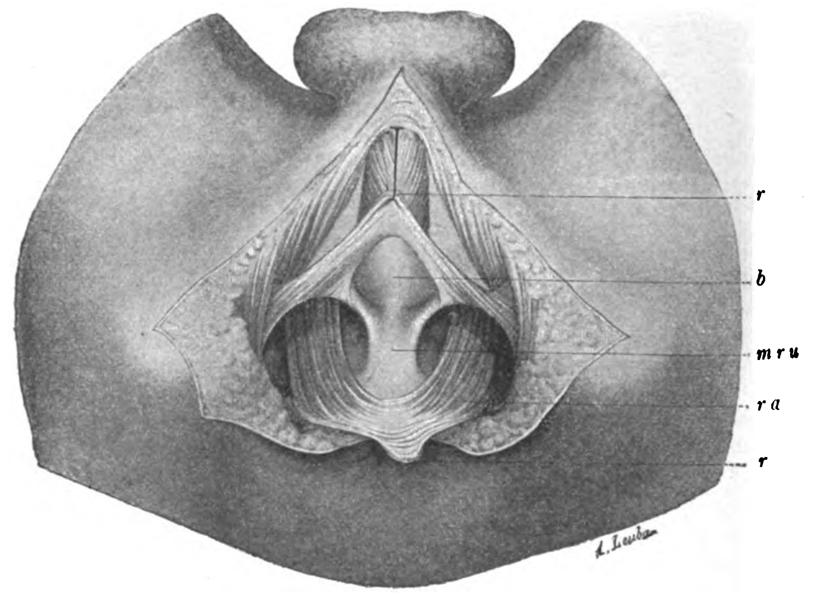


Fig. 2.
Anatomische Präparation des Dammes, der vordere Teil *r* der Raphe *r r* ist nach vorne umgeschlagen. Man sieht den Bulbus *b* und die von ihm abgehenden Transversi superficiales, man sieht zwischen den Levatoren *r a* die Verbindung des Rektums mit der Urethra durch den M. recto-urethralis *m r u*.

Letztere beschreiben mit ihrem hinteren Rande eine Linie, die nach hinten konkav ist, und spannen dadurch die obere Beckenfascie an — sie weisen gewissermaßen der Art. pudenda interna die Richtung an bei ihrem Austritt aus dem Obturator internus. Sie bedingen die fächerartige Ausbreitung der Arterie und ihre Abzweigungen in die A. perinealis superficialis, die A. bulbosa, cavernosa und urethralis, die alle unter dieser Fascie liegen. (Fig. 1 cf. pag. 53.)

Unterhalb dieser dreieckigen Schicht befindet sich die mittlere Beckenfascie, das Diaphragma urogenitale, gebildet vom Compressor urethrae und sich kreuzenden Muskelfasern; zugleich wird dadurch der Boden der Capsula prostatica gebildet.

Aus diesen beiden übereinanderliegenden Schichten baut sich der vordere Damm auf, der hintere Teil des Dammes besteht aus den das Rektum umgebenden Weichteilen. (Fig. 2.)

Das Rektum verläuft zunächst parallel dem Steifsbein in der Richtung von hinten nach vorn, in der Höhe der Spitze der Vorsteherdrüse

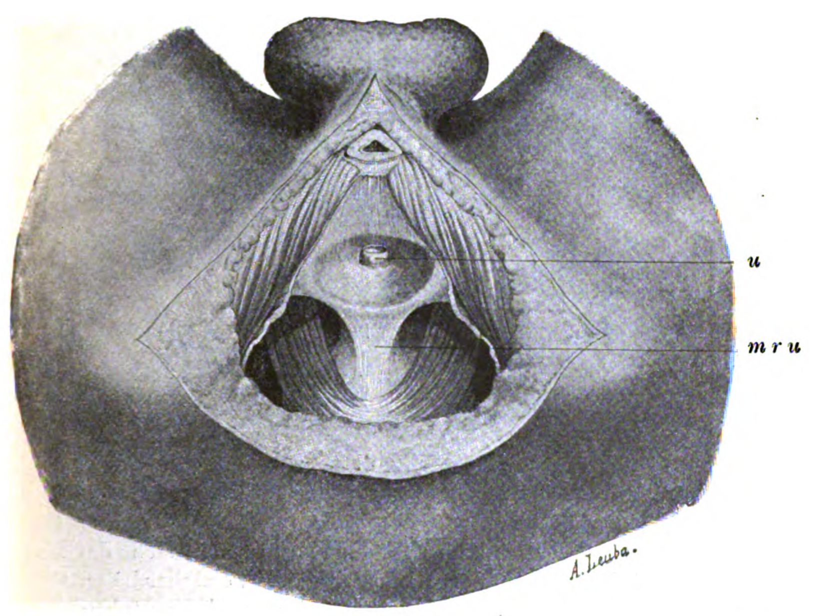


Fig. 3.
Anatomische Präparation des Dammes, der vordere, oberflächliche Teil des Dammes ist entfernt, man sieht das Diaphragma uro-genitale durchbohrt von der Harnröhre *u* und seine Vereinigung mit dem Recto-urethralis *m r u*, wodurch die halbmondförmigen Bogen gebildet werden.

krümmt es sich rechtwinklig und öffnet sich dann gegen den Anus hin. Diese Krümmung ist von aufserordentlicher Wichtigkeit; ihre vordere Wand bildet die Stütze für die Kotballen, und wenn die Vorsteherdrüse sehr grofs ist, so bildet jene unterhalb derselben eine Ausbuchtung und ist an dieser Stelle stark adhärent durch ein festes Gebilde, den M. recto-urethralis (Henle), welcher nach vorn sich am hinteren Rande der mittleren Beckenfascie inseriert; diese nimmt infolgedessen eine rhomboide Form an, und ihre hinteren Ränder, die durch den Zug des Muskels gekrümmt sind, nehmen dadurch die Form von halbmondförmigen Krümmungen an. (Fig. 3.)

Oberhalb derselben befindet sich die Insertion der Levatores ani am Os pubis. Durch den schrägen Verlauf dieser Muskeln werden der M. recto-urethralis und die halbmondförmigen Bogen dem Auge sichtbar. Unterhalb des Muskels wendet sich das Rektum nach hinten und bildet mit der Harnröhre das Trigonum urethro-rectale. Die oberflächliche Raphe wird gebildet durch die Vereinigung der vorderen Faserzüge des Sphincter ani ext. mit den Fasern der Mm. bulbo-cavernosi; zwischen dieser Raphe und dem M. recto-urethralis befindet sich hinten vom Rektum begrenzt die „Loge bulbaire“ im chirurgischen Sinne, oder besser der „Espace décollable rétro-bulbaire“. (Fig. 4.)

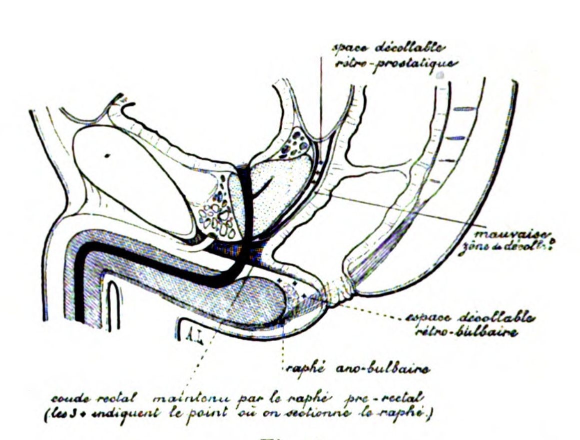


Fig. 4.
Schematischer Medianschnitt durch das kleine Becken beim Manne.

Oberhalb der rechtwinkligen Krümmung wendet sich das Rektum nach oben und hinten, an der Hinterseite der Vorsteherdrüse, und begleitet von den Levatoren. Zwischen Rektum und Vorsteherdrüse befindet sich eine Aussackung, deren Boden bis zu dem M. recto-urethralis reicht; dadurch bildet dieser Muskel gewissermafsen den Schlüssel zu dem „Espace décollable rétroprostatique“.

Aus diesen Betrachtungen ergiebt sich, dafs es leicht ist, um den hinteren Rand des vorderen Dammes herumzukommen; ein Einschnitt an dieser Stelle blutet wenig, weil durch das Umbiegen der Beckenfascie die Gefässe isoliert sind. Das Rektum ist nach vorn in der Medianlinie durch zwei Gebilde befestigt, oberflächlich durch die vordere Insertion des Schliefsmuskels, darunter, tiefer, durch den M. urethro-rectalis; dieser bewirkt die rechtwinklige Abbiegung des Rektums und dessen schrägen Verlauf nach oben und vorn.

Zwischen dem M. urethro-rectalis und dem Schliefsmuskel befindet sich der „Espace décollable rétro-bulbaire“.

Der M. urethro-rectalis ist der Schlüssel zu diesem Raum; unterhalb desselben, zwischen den Levatoren, befindet sich der entfaltbare Raum, zwischen Rektum und Prostata. Es ist also anatomisch möglich,

den vorderen Teil des Dammes vom hinteren völlig zu trennen, ohne gröſsere Gefäſse zu verletzen. Zieht man dann das mobilisierte Rektum

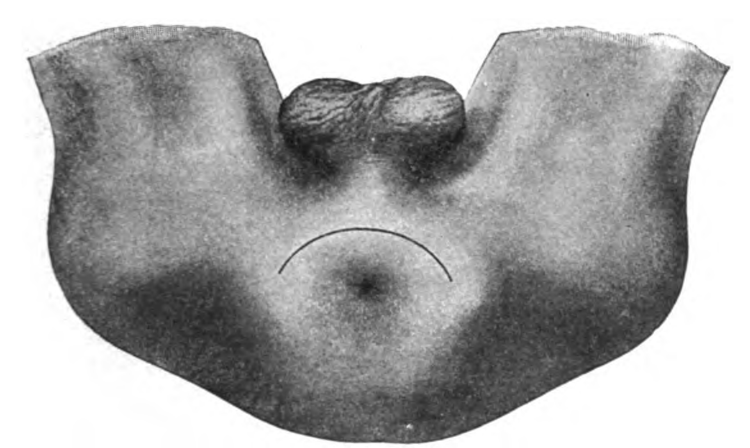


Fig. 5. Schnittführung bei der prärektalen Incision.

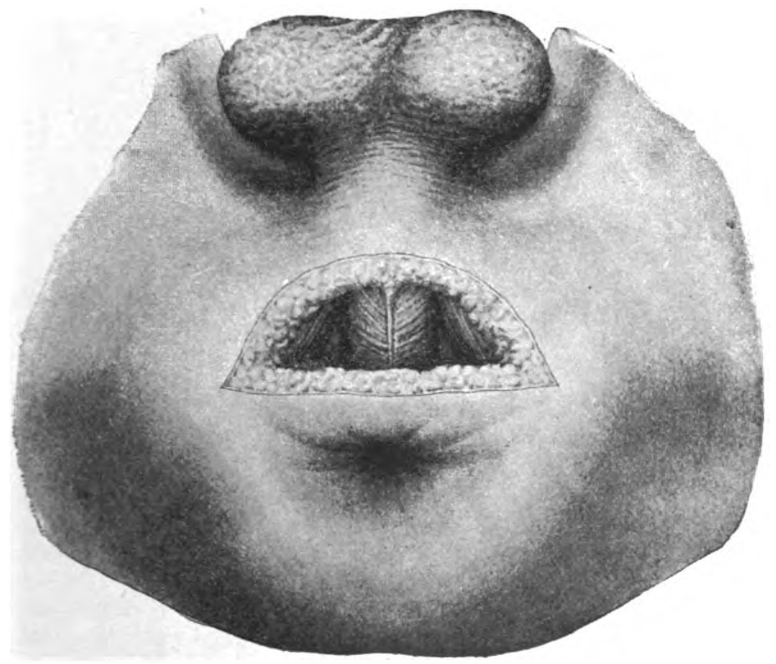


Fig. 6. Perineotomie, 1. Teil: Bloſslegung des Bulbus.

nach unten, so verwandelt man dadurch die einfache Incision in einen weiten Raum, durch den man vollen Zutritt zum kleinen Becken gewinnt.

Für den Hautschnitt wählt man am besten eine groſse prärektale Incision, welche von einem Tuber ischii zum anderen zieht (Fig. 5).

Technik der Operation: Nach genügendem Abführen wird der Darm ruhig gestellt. Man bringt den Patienten mit Hilfe geeigneter Beinhalter und einer pultartigen Vorrichtung, die leicht an jedem Operationstische angebracht werden kann, in eine solche Lage, daſs der Damm vollkommen horizontal liegt. Dies ist die beste Methode, den Damm zu entfalten, wobei sich die Tubera ischii scharf markieren. Nun macht man vor dem Anus einen bogenförmigen, die beiden Tubera verbinden-



Fig. 7.
Perineotomie, 2. Teil: Durchtrennung der oberflächlichen Raphe ano-bulbosa.

den Schnitt durch die Haut und das Unterhautfettgewebe. Man merkt dann, wie sich in der Medianlinie eine vorspringende Falte markiert, diese vertieft man ein wenig mit der Sonde, wodurch sie noch besser hervortritt. An dieser Stelle befindet sich der Bulbussack, bedeckt von den Mm. bulbo-cavernosi und begrenzt von den Transversi (Fig. 6 cf. pag. 57).

Oberhalb derselben befindet sich die vordere Insertion des Sphincter ani ext. Bei jungen Individuen ist der Bulbus klein, und die genannte Insertion befindet sich an seiner hinteren Fläche; bei älteren Leuten vergrößert sich der Bulbussack und buchtet sich hinter dem Sph. und weiter unter demselben aus. Wenn man nun den unteren Wundrand stark nach unten zieht, so bemerkt man einen Muskelstrang, der in der Mittellinie von vorne nach hinten geht; derselbe wird mit zwei Pinzetten angespannt und zwischen denselben durchschnitten (Fig. 7).

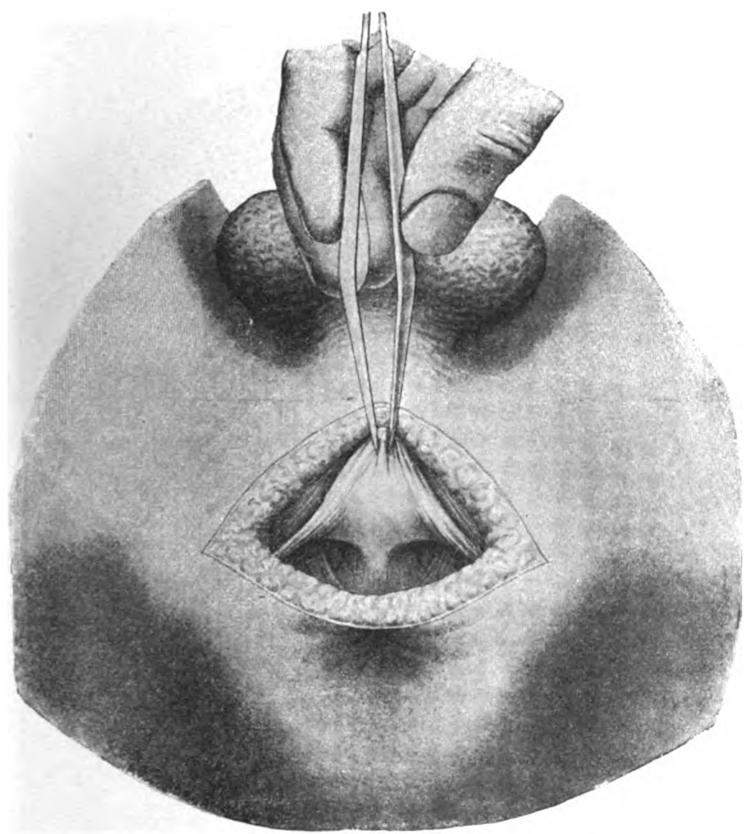


Fig. 8.
Perineotomie, 3. Teil: Bloſslegen und Nachobenziehen des Bulbus.

Man zieht mit der Pinzette den vorderen Teil nach oben, und es markiert sich der Bulbus, den man ebenso wie die ihn bedeckenden Muskelschichten sorgfältig schont. Ebenso schont man die Transversi, die man beiderseits bis zum Tuber ischii isoliert. Durch diese Isolierung gelangt man ohne Blutungen in die Tiefe (Fig. 8).

Der erste Teil der Operation ist nun beendet. Der Bulbus ist vom Anus isoliert und nach oben gezogen; man sieht nun in der Medianlinie

den M. recto-urethralis, seitlich von demselben die Muskelzüge der Levatoren; dadurch dafs diese unter die mittlere Beckenfascie treten, werden die beiden „arcades semi-lunaires périnéales“ gebildet. Dieses charakteristische anatomische Bild mufs man bei der Operation jedesmal sehen. Bevor man nun digital das Rektum nach unten und nach hinten ablöst, mufs man den M. recto-urethralis durchschneiden, genau in der Höhe der mittleren Beckenfascie, also in der Verlängerung der halbmondförmigen Bogen und zwischen den Sehnen der beiden Levatoren (Fig. 9).

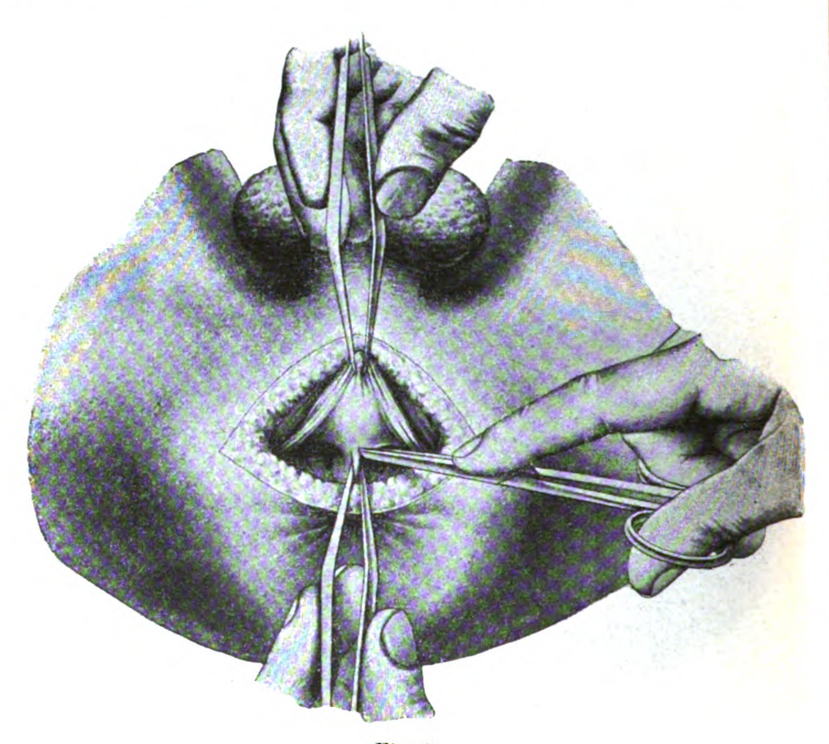


Fig. 9.
Perineotomie, 4. Teil: Durchschneiden des M. recto-urethralis.

Auf diese Weise wird der Anus mobilisiert, und es öffnet sich wie eine Schieblade der entfaltbare Raum (Fig. 10 u. 11 cf. pag. 62).

Es gelingt nun sehr leicht, mit den beiden Zeigefingern den Raum zum Klaffen zu bringen, und man sieht die Oberfläche des Rektums nicht mehr matt, sondern feuchtglänzend, dünn, und gleichsam flottierend. Dieser Unterschied im Aussehen der vorderen Wand des Rektums vorher und jetzt ist durchaus charakteristisch; nach vorne sieht man ebenfalls eine feuchtglänzende Fläche, die der Capsula prostatica angehört, zwischen diesen beiden Flächen geht die Entfaltung in typischer Weise vor sich. Um dieses Resultat zu erreichen, mufs die Schere beim

Durchschneiden des M. recto-urethralis genau parallel mit der P. membranacea urethrae gehalten werden; hält man dieselbe vertikal, so schneidet man den Muskel zu weit hinten und kommt dann in einen falschen Raum, nämlich zwischen die Muscularis des Rektums und die dieselbe bedeckende Fascie.

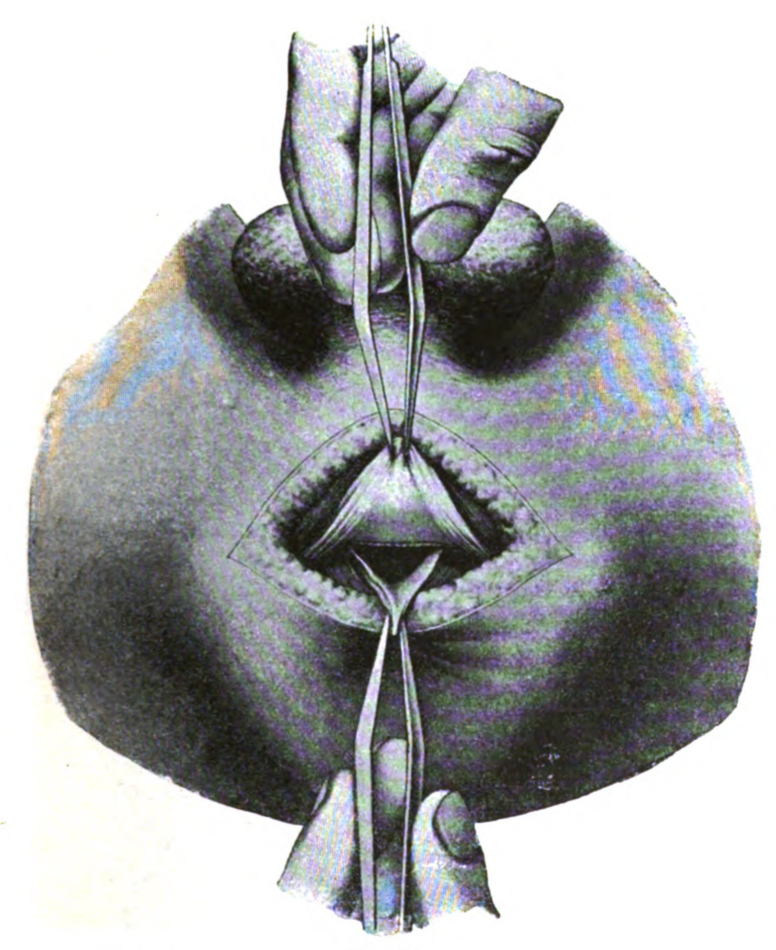


Fig. 10.
Perineotomie, 5. Teil: Eröffnung des „espace décollable rétro-prostatique".

Auf diesen Fehler wird man durch drei Umstände aufmerksam gemacht:

1. Die Entfaltung geht nicht mit der gewünschten Leichtigkeit vor sich.

2. Die Rektalwand ist nicht glatt und glänzend, sondern man sieht die Fasern der Muscularis.

3. Es tritt eine erhebliche Blutung auf.

Sieht man auf diese Weise, daſs man nicht auf dem richtigen Wege ist, so muſs man von neuem und mehr nach vorn eingehen, um so in den serösen Raum einzudringen.

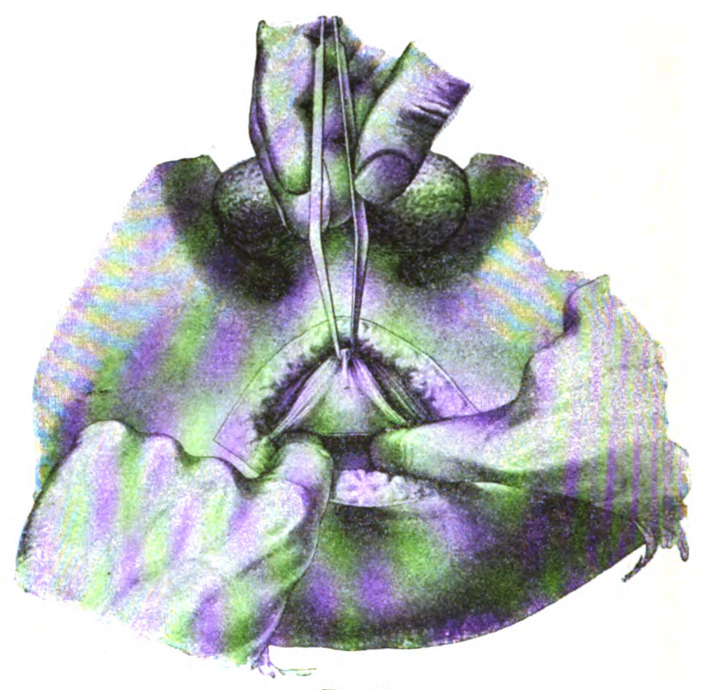


Fig. 11.
Perineotomie, 6. Teil: Digitale Vergröſserung des entfaltbaren Raumes.

Nunmehr legt man zwei Ecarteure ein, einen gabeliggeformten nach oben, und einen nach Art der von Doyen konstruierten nach unten; bis hierher war die Operation ganz allgemein eine Perineotomie. — Je nachdem man nun die Prostata oder die Samenblasen entfernen will, öffnet man die Capsula prostatica oder den oberhalb derselben gelegenen Raum. Ernst R. W. Frank-Berlin.

4. Erkrankungen der Harnröhre und des Penis.

Beitrag zur unblutigen Phimosen-Behandlung. Von Orlipski. (Münchener medizinische Wochenschr. 1902, Nr. 35.)

Das Verf. hat durch Dehnung Phimosen dauernd beseitigt. Hierzu dient ihm nach Erweiterung des Zugangs mit einer Pinzette ein vierteiliges aufschraubbares Spekulum, welches für Kinder besser durch ein

zweiteiliges gefenstertes zu ersetzen ist, das dann in zwei Ebenen anzulegen ist. Dehnungsdauer 5 Minuten. Wiederholung des Verfahrens in gröfseren Zwischenräumen. von Notthafft-München.

The complications of phimosis with treatment. Von F. Griffith. (New York Med. Journ. 1902, 7. Juni.)

G. teilt die durch Phimose bedingten Komplikationen ein in solche, die direkt auf die Phimose zurückzuführen sind, und in solche, die entstehen durch Beeinflussung der sympathischen Nerven. Zur ersteren Gruppe gehören: Balanitis, Gangrän, Herpes, Ekzem, Paraphimose, Präputialsteine, Urethritis, Cystitis, Dilatation der Blase, des Ureters, des Nierenbeckens, Erschwerung des Urinierens, Impotenz, Prostatitis, Hämorrhoiden, Prolaps des Rektum, Hydrocele, Karzinom. Zur letzteren Gruppe gehören: Enuresis, Melancholie, Konvulsionen, Tenesmus der Blase, Gastrointestinalkatarrh, Nasen- und Augenaffektionen, Pseudodiabetes.

Dreysel-Leipzig.

Non Gonorrheal Urethritis. Von J. C. Johnston. J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 433.)

J. teilt diese Urethriden folgendermafsen ein: 1. Urethritis pseudogonococcica s. catarrhalis. Inkubationszeit 2—8 Tage; Dauer 8—10 Tage; geringer Ausflufs; Neigung zu Recidiven, Erreger identisch mit Heimanns Pseudogonococcus oder mit Pfeiffers Micrococcus catarrh. erscheint rund, gewöhnlich extracellulär, entfärbt sich nach Gram, wächst aber auf den gewöhnlichen Nährböden. 2. Urethritis e acido urico. Entsteht infolge Reizung durch diese Krystalle, verursacht Schmerzen und starken Ausflufs; heilt unter zweckmäfsiger Behandlung. 3. Urethritis streptococcica. Inkubationszeit 5 Tage. Ausflufs kann nach 8 Tagen verschwinden, um nach kurzer Zeit wiederzukommen. Ausflufs gering. Erreger intra- und extracelluläre sich nach Gram entfärbende Diplokokken, die kulturell sich als Streptokokken erweisen. 4. Urethritis staphylococcica. Ausflufs erscheint nach 3 Tagen, hat eitrigen Charakter. Reinkultur ergiebt Staphylococcus albus. 5. Urethritis toxinica. Eitriger Ausflufs, intermittierend. Kommt vor bei einer Erkrankung der Blase, Prostata oder Niere; wahrscheinlich durch Toxine hervorgerufen. In einem Falle J.s war der Erreger wahrscheinlich der Friedländersche Pneumobacillus. — Diese Urethritiden sind praktisch sehr wichtig, speziell bezüglich Erteilung des Heiratskonsenses. Sie sind zweifellos infektiös und können beim Weibe Leukorrhoe hervorrufen, wenn sie auch nicht solche hochgradigen Veränderungen, wie der Gonococcus, beim Weibe verursachen.

M. W. Ware behandelte einen 6jährigen Knaben wegen eitrigen Ausflusses aus der Harnröhre. Gonokokken wurden nicht gefunden, wohl aber Staphylokokken. Eine genauere Untersuchung ergab einen Stein im hinteren Teil der Urethra. Nach Entfernung des Steins verschwand der Ausflufs. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.



Congenital stricture of the urethra. Von Murphy. (Brit. Med. Journ., Sept. 13. 1902.)

M. fand bei einem neugeborenen Knaben 2 $^1/_2$ cm hinter dem Meatus ext. die Harnröhre in einer Strecke von $^1/_2$ cm nahezu vollständig obliteriert. Er führte die äufsere Urethrotomie aus und legte einen Verweilkatheter ein. Über die Natur der Striktur wird nichts Näheres mitgeteilt. von Hofmann-Wien.

Harnröhrenstriktur. Von Kholtsoff. (Russky Vratch 1902, Nr. 5.)

Verf. hält die Elektrolyse für die beste Behandlung der Harnröhrenstriktur. Er benutzt ein nur wenig modifiziertes Newmansches Instrument. Zur Heilung genügen 1—5 Sitzungen von je 10 Minuten Dauer. Die Methode giebt sowohl bei traumatischen als auch gonorrhoischen Strikturen gute Resultate. Dreysel-Leipzig.

Fixation de la sonde à demeure. Von J. Escat. (La Presse méd. 1902, p. 534.)

E. hat sein bereits früher veröffentlichtes Verfahren (vergl. Centralbl. 1897, S. 615) vereinfacht. Ein Gummischlauch von 10 cm Länge und 10 mm Durchmesser wird auf der Konvexität der einen Seite vollständig von oben bis unten und auf der entgegengesetzten Seite bis auf 3 cm aufgeschnitten, so dafs zwei Zipfel entstehen und das noch erhaltene Schlauchstück eine Hohlrinne zur Aufnahme des Verweilkatheters bildet. Durch einen Hemdenknopf, der durch zwei passend angebrachte Löcher des Schlauchstücks geht, wird die Hohlrinne über dem Verweilkatheter geschlossen. Weiter wird ein 15 cm langer, 10 mm dicker Gummischlauch der Länge nach in zwei Riemen zerlegt. Der eine dieser Riemen wird nach Art eines Colliers um den Penis hinter dem Sulc. coron. gelegt und mittels eines kurzen Hemdenknopfes geschlossen. Zugleich fixiert er die beiden freien Zipfel des Gummischlauches, die auf beiden Seiten des Penis zu liegen kommen, dadurch, dafs an deren freien Enden Schlitze angebracht sind, durch welche der Riemen durchgeführt wird. Der andere Riemen hat in seiner Mitte einen Schlitz, durch welchen er über den Verweilkatheter gezogen wird, und zwei weitere Schlitze an seinen beiden Enden, die dazu dienen, ihn rechtwinklig zu den Zipfeln des ersten Gummischlauchs an dem nach Art eines Colliers um den Penis gelegten Riemen mittels des erwähnten und eines entgegengesetzt von diesem angebrachten Hemdenknopfes zu befestigen. Die ganze Vorrichtung gleicht einem Maulkorb, der am Penis angebracht ist. Zur besseren Fixierung kann man noch Seidenfäden an diesen „Maulkorb“ und an einen Wickel der Schamhaare befestigen. Beim Weibe ist die Sache noch einfacher. Hier wird der Verweilkatheter mittels des ersterwähnten Gummischlauchs gleichfalls mittels Hemdenknopfes umfafst dann aber durch die beiden freien Zipfel Fäden gezogen und vermittels dieser an die Schamhaare befestigt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Urethral chancre. Von Norris. (Univ. of Penna. Med. Bullet. August—Septemb. 1902.)

N. teilt die Krankengeschichten zweier Patienten, welche an urethralem Schanker litten mit, und hebt folgende Punkte hervor:

1. Schanker der Urethra kann immer erkannt werden, wenn man an die Möglichkeit seines Vorkommens denkt.

2. In atypischen Fällen von Urethritis mit langsamer Entwickelung und Auftreten von Schwellung um das Frenulum soll man an Schanker denken.

3. Palpation der betreffenden Teile ist für die Diagnose von grofser Wichtigkeit.

4. In allen zweifelhaften Fällen soll man vor Einleitung einer spezifischen Behandlung auf das Auftreten sekundärer Symptome warten.

von Hofmann-Wien.

Restauration des pertes de substance étendues de l'urètre pénien par le procédé autoplartique mixte de Nové-Josseraud-Rochet. Von Trillat. (Arch. provinc. de chir. No. 5, 1902.)

Es wird ein rechteckiger Lappen aus der Skrotalhaut gebildet, derselbe über einem in die Blase geführten Katheter röhrenförmig zusammengerollt und vernäht, so dafs die blutige Fläche nach aufsen gewendet ist. Hierauf wird diese Röhre unter der vorher unterminierten Penishaut durchgezogen. Der Verweilkatheter bleibt durch 8 Tage liegen. Das Verfahren ist besonders für Hypospadien höheren Grades geeignet und wurde bisher 3 mal mit gutem Erfolge ausgeführt.

von Hofmann-Wien.

5. Gonorrhoe.

Treatment of gonorrhoea in the female. Von Small. (Univ. of Penna. Med. Bullet., July 1902.)

In der allerersten Zeit soll jede lokale Behandlung vermieden werden; erst wenn der Ausflufs einen eitrigen Charakter angenommen hat und mikroskopisch zahlreiche Gonokokken nachweisbar sind, beginnt S. mit Protargolinjektionen (im Laufe von 8 Tagen um $^1/_2$ $^0/_0$ bis 1 $^0/_0$ steigend). Gleichzeitig innerlich Balsamina. Haben dann die entzündlichen Erscheinungen wieder nachgelassen, so injiziert S. Adstringentia. Bei chronischer Urethritis ist Sondenbehandlung, Massage der Urethra per vaginam, sowie endoskopische Behandlung besonders angezeigt.

von Hofmann-Wien.

Urethral hemorrhage in gonorrhea. Von J. F. Dopson. (Lancet 1902, 31. Mai.)

Der erste der Fälle D.s betrifft einen 26 jährigen Mann mit Gonorrhoe seit einem Monat. Nach einem Coitus trat starke Urethral-

blutung ein, die nur mit Mühe durch Injektionen von Tct. Hamamelis und Eisapplikation äufserlich gestillt werden konnte. Bei dem zweiten Falle, einem 17 jährigen Manne, trat heftige Harnröhrenblutung 6 Wochen nach gonorrhoischer Infektion ein. Die Blutung rührte, wie sich mittels des Urethroskopes feststellen liefs, von einem granulierten, kongestionierten Herde im Bulbus her. Nach lokaler Anwendung von Tct. ferri perchlor. stand die Blutung. Der dritte Fall betrifft einen 34 jährigen Mann, der seit 3 Monaten an Gonorrhoe litt. Blutungen waren zu verschiedenen Malen aufgetreten. Mit Hilfe des Urethroskopes liefs sich in der Pars pendula ein bei Berührung leicht blutender Herd auffinden; die Behandlung bestand in lokaler Anwendung von 20 %igem Protargol.

Dreysel-Leipzig.

Gonorrhoe of the Prostate. Von Van der Poll. (Philad. med. Journ. Vol. IX, 5, p. 224.)

V. d. P. hält die gewöhnliche Art der Zwei-Gläser-Probe, bei der in jedes Glas die gleiche Menge Urin entleert wird, für falsch. Die Hauptmasse des Urins ist in das erste Glas und nur einige Theelöffel noch in das zweite Glas zu entleeren. Ist diese Probe trüb, so liegt sicher eine Erkrankung des prostatischen Teils der Urethra und der Prostata selbst vor. Die Prostata ist häufiger krank, als angenommen wird. Die Diagnose des Sitzes der Gonorrhoe aus subjektiven und objektiven Symptomen ableiten zu wollen, ist ein Fehler. Das Mikroskop allein mufs die Diagnose sichern.

Behandlung wird folgende empfohlen:

Nachdem der Patient uriniert hat, wird die Harnröhrenmündung mit Watte, die mit 1 % Protargollösung getränkt ist, abgetupft. Die Harnröhre wird 5 Minuten lang durch $^1/_2$ oder $^3/_4$ % Cocaïnlösung anästhesiert. Dann werden 250—400 g 1 % Protargollösung in die Blase injiziert. Ein nach der Injektion von 150 g häufig auftretender Drang läfst sich meist überwinden. Fieber und Neigung zu Eiterung bilden eine Kontraindikation zu dem Verfahren. Werner-Blasewitz.

Contribution à l'étude clinique des polynévrites blennorrhagiques. Von E. Adeline. (Thèse de Paris 1902.)

Den ersten Fall von gonorrhoischer Polyneuritis hat Charcot 1887 veröffentlicht. Von den zahlreichen später veröffentlichten Fällen dürften nur wenige zweifellos gonorrhoischen Ursprungs sein.

Sichere Beobachtungen verdanken wir Spillmann und Haushalter, sodann Pombrak, Levy, Lustgarten, Allard und Meige, Raymond und Astan.

Bei der gonorrhoischen Polyneuritis betreffen die Bewegungsstörungen hauptsächlich die unteren Extremitäten und zwar besonders die Vorder- und Aufsenseite des Unterschenkels. Die oberen Extremitäten, der Rumpf, Hals und das Gesicht werden nur ausnahmsweise befallen.

Alle Beobachter bestätigen die Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nerven, sowie die Hyperästhesie der Bedeckungen.

Die Sensibilitätsstörungen und die Reflexe verhalten sich wie bei anderen Polyneuriten. Leichte trophische Störungen sind in der Regel vorhanden, schwere selten.

Der Beginn des Auftretens der polyneuritischen Symptome schwankt zwischen 8 Tagen und mehreren Wochen nach der Infektion. Lustgarten sah in einem Falle die Polyneuritis 7 Monate nach dem Beginn der Gonorrhoe eintreten.

Was den Einflufs des Auftretens der Polyneuritis auf den Ausflufs betrifft, so sind die Angaben nicht übereinstimmend. Die Dauer der Affektion ist lang, die Prognose im allgemeinen günstig.

Ob die Polyneuritis durch den Gonococcus oder seine Toxine, oder durch sekundäre Infektion entsteht, ist ungewifs. Werner-Blasewitz.

Ostéopathies blennorrhagiques. Von Philippet. (Gaz. hebdom. de méd. et chir. 1902, 79)

P. unterscheidet eine akute und eine chronische Form gonorrhoischer Knochen- und Periostaffektionen. Die erste Form entwickelt sich meist in der 3. oder 4. Woche der Gonorrhoe und betrifft besonders prominente Punkte des Skeletts. Die Symptome bestehen in Schmerzen bei Druck oder Bewegung, selten Hautrötung. Meist Heilung nach 1—2 Wochen.

Die chronische Form betrifft fast ausschliesslich die Epiphysen, besonders der kleinen Hand- und Fufsknochen. Es entwickelt sich ein vom Knochen oder Periost ausgehender, im Anfang schmerzhafter Tumor. Bei der Diagnose kann Lues in Betracht kommen. Die Affektion bleibt monate- oder jahrelang unverändert bestehen. Die häufigsten Typen sind die Talalgie und die Hyperostose. Die Behandlung besteht in: 1. Behandlung der Gonorrhoe, 2. Ruhe, 3. lokale und allgemeine Revulsion, 4. Massage und Hydrotherapie. Werner-Blasewitz.

Gonorrhoeal synovitis in an infant suffering from ophthalmia neonatorum. Von Smith. (Brit. Med. Journ. Jnue 7. 1902)

Bei einem an Ophthalmia neonatorum leidenden Neugeborenen entwickelte sich nach 14 Tagen eine Gonitis dextra. Die Ophthalmie war eine sehr schwere. von Hofmann-Wien.

Multiple arthritis in a child two years old suffering from gonorrheal vulvovaginitis. Von G. N. Acker. (Arch. of Pedriatrics 1902, Febr.)

Der Fall betrifft ein 2 Jahre altes Mädchen mit starkem, gonokokkenhaltigem Vaginalsekret. Schmerzhafte, mit Fieber verbundene, Schwellung der Knie- und Ellenbogengelenke. Im Urin Spuren von Albumen, epitheliale Zellen, aber keine Cylinder. Die Behandlung bestand in Vaginaldouchen mit Borsäure, Einreibungen der Gelenke mit

25 $^0/_0$iger Ichthyolsalbe, Natr. salicyl. 0,3, alle 4 Stunden. Beim Nachlassen der Gelenkerscheinungen wurde aufserdem noch ein Ichthyol-Glycerintampon in die Vagina eingelegt. Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von habitueller Urticaria gonorrhoica. Von Orlipski. (Münchener medizinische Wochenschr. 1902, Nr. 40.)

Bei einem sonst nie mit Urticaria behafteten Manne war diese 3 mal aufgetreten im Anschlufs an eine gonorrhoische Infektion und mit der Heilung derselben verschwunden. Balsamica waren nicht genommen worden. von Notthafft-München.

Über metastatische Bindehautentzündung bei Gonorrhoe. Von Kurka. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 40, 1902.)

1. 22jähriger Mann. Seit 2 Wochen akute Gonorrhoe, seit 3 Tagen heftige Entzündung beider Augen. Im Konjunktivalsekrete keine Gonokokken. 5 Tage später Schmerzen im rechten Schulter- und linken Fufsgelenk, nach weiteren 3 Tagen Schmerzen in beiden Knieen. Nach 4 Wochen rechtsseitige Iridocyclitis. Heilung.

2. 26jähriger Mann. Seit 3 Wochen Gonorrhoe. Seit einer Woche doppelseitige Conjunctivitis und Iritis. Nachdem unter Behandlung mit Atropin etc. die Iritis geschwunden war, trat an beiden Augen wieder Recidiv auf. Im Sekrete keine Gonokokken. Heilung.

von Hofmann-Wien.

Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus. Von Fritz Schanz. (Vortrag, geh. auf der diesjährigen Naturforscherverѕ., gemeinsame Sitzung der dermatologischen und ophthalmologischen Sektion.) Autorreferat.

1. Es giebt Augenentzündungen der Neugeborenen, welche unter dem Bilde der vollkommenen typischen Blennorrhoe verlaufen und bei denen trotz sorgfältigster Untersuchung der Gonococcus nie gefunden wird.

2. Aufser dem Gonococcus soll noch eine ganze Reihe anderer Mikroorganismen im stande sein, das typische Bild der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen zu erzeugen.

Das sind die Ergebnisse der jetzt vorgenommenen, systematischen Untersuchungen über das Vorkommen der Gonokokken bei der Augenentzündung der Neugeborenen. Als der Gonococcus noch um seine Anerkennung rang, war eine der Hauptstützen für seine Pathogenität, dafs er auch „absolut konstant“ bei der Ophthalmoblennorrhoe gefunden wurde. Diese Behauptung hat sich jetzt als irrig herausgestellt. Wenn man jetzt behauptet, dafs aufser dem Gonococcus noch eine Anzahl anderer Mikroorganismen Ophthalmoblennorrhoe erzeugen könne, so steht dies im Widerspruch mit den Befunden beim Harnröhrentripper, bei dem nach Finger der strikte Beweis erbracht ist, dafs die akute Blennorrhoe ausschliefslich durch den Gonococcus erzeugt wird.

Schanz ist der Ansicht, dafs jetzt, wo sich diese Behauptung von der „absoluten Konstanz“ als irrig herausgestellt, wo sich Widersprüche zwischen dem Harnröhren- und Augentripper herausgestellt haben, auch die übrigen Fragen bei der Ophthalmoblennorrhoe der Nachprüfung bedürfen. Er wirft die Frage auf, ob der Gonococcus durch die ihm beigelegten morphologischen und kulturellen Eigenschaften nicht künstlich begrenzt worden ist. So hat man im Bindehautsack Mikroorganismen gefunden, die in allem dem Gonococcus gleichen, aber auf Löfflerschem Serum angehen, gröfsere Lebensdauer und gröfsere Resistenz Temperaturunterschieden gegenüber besitzen, als dies von den Gonokokken bekannt war. Man hat diese Mikroorganismen eben wegen dieser Wachstumsunterschiede als andersartige Mikroorganismen den Gonokokken gegenübergestellt und sie als Pseudogonokokken bezeichnet. Auch nach dem damaligen Stand unserer Wissenschaft war eine solche Trennung nicht berechtigt, wufsten wir doch schon damals von einer ganzen Reihe Bakterien, dafs sie in gewissen Grenzen variieren, wufsten wir doch schon lange, dafs Gonokokken, wenn sie längere Zeit auf sogen. Gonokokkennährböden gezüchtet waren, schliefslich auch auf gewöhnlichen Nährböden angehen. Warum sollte es da nicht möglich sein, dafs auch ab und zu besonders widerstandsfähige Individuen auf solchen Nährböden direkt angehen? Warum mufsten dies andersartige Mikroorganismen sein? Es wurde auch sofort von Morax darauf aufmerksam gemacht, dafs eine solche Trennung nicht berechtigt. Freilich behandelte er im Verlaufe der weiteren Diskussion die Frage noch als eine offene. Aber voriges Jahr hat Urbahn im wesentlichen dieselben Befunde erhoben, hat diese aber im Sinne der Variabilität gedeutet. In diesem Jahre spielte hierüber eine Diskussion zwischen Prof. Axenfeld und Schanz, im Verlauf derselben hat Axenfeld, aus dessen Klinik die Untersuchungen über die Pseudogonokokken stammten, seinen Standpunkt aufgegeben und die Variabilität, wie sie Urbahn beschrieben, anerkannt. Die Untersuchungen von Urbahn sind ergänzt und bestätigt worden von Wildholz. Somit steht jetzt fest, dafs die Angaben über das Vorkommen der Gonokokken einer wesentlichen Korrektur bedürfen.

Schanz hat nie dem Gonococcus die Pathogenität abgesprochen, wie dies Axenfeld in jener Diskussion behauptete, er hat im Gegenteil gerade darin ausgesprochen, dafs ein Teil der positiven Impfungen einwandfrei sei. Seine Ansicht ist vielmehr, dafs wir durch diese Befunde dazu gedrängt werden können, eine neue Theorie über die Wirkungsweise des Gonococcus aufzustellen, wie Behring durch ganz ähnliche Befunde zur Aufstellung einer neuen Diphtherietheorie veranlafst worden ist.

Finger schliefst sein Kapitel über die Ätiologie: „Somit ist das Gebäude der Ätiologie des Trippers ein wohlgefügtes.“ Schanz hat in jener Diskussion gesagt: „Das Gebäude der Ätiologie des Trippers ist wacklig!“ Und diejenigen haben, freilich unbewusst, am meisten daran gewackelt, die behaupten, dafs eine ganze Anzahl Mikroorganismen das typische Bild der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen erzeugen kann.

Gonorrhoe und Ehe. Von Kornfeld. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 36—41, 1902.)

In dieser ziemlich umfangreichen Arbeit schildert K. zunächst die zahlreichen Erkrankungen der Frauen, welche einer gonorrhoischen Infektion in der Ehe ihre Entstehung verdanken und bespricht eine Anzahl dieses Thema berührender Arbeiten. Des weiteren betont K., dafs trotz aller Fortschritte in der Erkenntnis des Trippers und dessen Therapie, die Gonorrhoe noch immer in ständiger Zunahme begriffen sei. Bezüglich der Erteilung des Ehekonsenses ist K. der Ansicht, „dafs wir uns bezüglich der definitiven Ausheilung der Gonorrhoe nicht auf unsere Erfahrung bezüglich der klinischen Ausheilung zu verlassen haben, sondern erst dann von einem Erlöschen der Virulenz sprechen dürfen, wenn die Züchtung auf geeigneten Nährböden den Beweis dafür erbracht hat".

von Hofmann-Wien.

Venerische Krankheiten in überseeischen Ländern. Von Shelby-Binan. (American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 1902, Heft 3.)

Verf. ist der Ansicht, dafs alle Geschlechtskrankheiten durch Übertragung von einer Rasse auf die andere an Virulenz zunehmen. Der Einflufs der aus Westindien und den Philippinen stammenden venerischen Leiden auf das amerikanische Volk, in welchem dieselben während der letzten Jahre schon im Rückgang begriffen waren, ist kein günstiger. Verf. beobachtete auf Cuba, dafs eine einzige Prostituierte, welche angeblich als Wäscherin in das Lager der Freiwilligen kam, neun von ihnen mit schwerer Syphilis infizierte.

Von Manilla zurückkehrende Kavallerie wies in einem Falle 25 % venerisch Kranke auf. — Verf. fordert für die Kolonien Schaffung besonderer Prostituiertenviertel, gründliche Visitationen. Betreffs der Behandlung meint Verf., dafs in den tropischen Gegenden grofse Mengen Merkur nicht und vor allem Merkurinjektionen nicht vertragen werden.

Federer-Teplitz.

Venerische Krankheiten in China. Von Rosanoff. (Russky Vratch 1901, Nr. 13.)

Nach R. ist die Ansicht, dafs die Syphilis von den Russen in die Mandschurei eingeschleppt sei, nicht richtig. Prostitution und die venerischen Krankheiten sind in China ebenso entwickelt wie in Europa. — Die chinesischen Ärzte haben zur Behandlung der Gonorrhoe und der Syphilis ihre besonderen Methoden. Ein russischer Soldat mit subakuter Gonorrhoe und Epididymitis liefs sich von einem chinesischen Arzte behandeln. Dieser gab ihm zum innerlichen Gebrauche eine bräunliche Mixtur. Nach jeder Dosis trat ein leichter Erregungszustand ein, der Puls war frequent und gespannt, der Urin enthielt Albumen. Eine Woche nach der letzten Dosis waren Gonokokken und Epididymitis geschwunden. Auch bei Rosanoff und seinem Assistenten rief die Medizin dieselben Erscheinungen hervor. Die Syphilis wird von den Chinesen auf wirksame Weise mit Pillen behandelt. Dreysel-Leipzig.

(Aus der Breslauer chirurgischen Universitäts-Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. von Mikulicz-Radezki.)

Über Blasenruptur.

Von

W. Nobe, prakt. Arzt,
Assistent an der chirurgischen Abteilung des Herzoglichen Krankenhauses in Braunschweig.

Die Blasenverletzungen mit ihren schweren Folgen waren schon den Alten bekannt. So erwähnt bereits Homer zwei Fälle mit tödlichem Ausgange. Während man aber im Altertume und Mittelalter entsprechend der geringen Entwicklung der Chirurgie von jeder zweckentsprechenden Behandlung dieser Verletzung, in Sonderheit der subkutanen, absehen mufste, und die Verletzten ohne nennenswerte Hilfeleistung ihrem hoffnungslosen Schicksale überliefs, bricht sich in der letzten Hälfte des vorigen Jahrhunderts immer mehr und mehr die Ansicht Bahn, dafs ein schneller, operativer Eingriff bei einer subkutanen Blasenruptur den sichersten Heilerfolg gewährleistet, nachdem schon in der Mitte des 17. Jahrhunderts Heinrich von Roonhuysen die erste genauere Beschreibung dieser Verletzung gegeben hatte. So liest man in dem Lehrbuche von Benjamin Bell, 1789, zuerst den Vorschlag zur Laparotomie und Blasennaht vor Schlufs der Bauchwunde. 1826 empfahl Pinel Grandchamps die Blasennaht der Académie de Médecine, nachdem er sie an Tierversuchen studiert hatte. Ihm schlossen sich bald Larrey und Legoust an. 1876 wurde bei subkutaner Blasenruptur zum ersten Male die Laparotomie und Blasennaht ausgeführt, und zwar von Alfred Willet mit tötlichem Erfolge, da, wie die Sektion ergab, die Blasennaht an den Rifsenden durchlässig geblieben war. 1878 laparotomierte Walter in Pittsburg 10 Stunden nach der Verletzung einen Mann, legte aber keine Blasennaht an, führte hingegen einen Dauerkatheter ein und vernähte die Bauchwunde. Patient konnte schon 3 Wochen nach der Verletzung spontan urinieren und wurde gesund.

Seitdem sind eine ganze Reihe von Ansichten und Vorschlägen bezüglich der Entstehung und Behandlung der subkutanen Blasenruptur aufgetaucht. So vertritt Bartels die Methode von Walter. Gueterbock empfiehlt einen der Sectio hypogastrica entsprechenden Schnitt, Toilette der Peritonealhöhle, Verkleinerung der Blasenwunde und Annähen derselben an die Hautwunde behufs Einleitung einer Heberdrainage. v. Mikulicz hat bei intraperitonealer Ruptur 1887 mit Erfolg die Laparotomie und Blasennaht ausgeführt (berichtet von v. Gizycki). Hofmokl schlägt schon bei Verdacht auf Blasenruptur die Laparotomie, bei intraperitonealen Rissen stets die Naht, bei extraperitonealen — in Sonderheit denen knapp hinter der Symphyse — die Drainage vor. Walsham ist für Laparotomie, Blasennaht, Bauchfelltoilette und sofortigen, vollkommenen Schlufs der Bauchwunde. Er rät aber an, den Verweilkatheter nach der Operation durch häufiges Katheterisieren zu ersetzen, um die nicht allzu selten auftretenden Cystitiden zu vermeiden. Schlange schliefst sich betreffs der Blasenwundbehandlung Hofmokl an, verwirft aber gleich Walsham den Verweilkatheter. Kerr und Lenz treten für die Tamponade der Bauchhöhle nach der Blasennaht ein. Bardenheuer schlägt vor, falls man sich bei intraperitonealer Ruptur infolge ungünstiger Lage des Blasenrisses oder Nekrose der Wundränder der Blase zu einer Tamponade der Bauchhöhle veranlafst sähe, die Bauchhöhle gegen die Blasenwunde dadurch abzuschliefsen, dafs man durch Vernähung des Peritoneum parietale mit der Rifsstelle der Blase die Ruptur zu einer extraperitonealen gestalte. Schliefslich ist noch Berndt zu erwähnen, der zur Auffindung und Verschliefsung des eventuell verborgenen Blasenrisses die Ausführung der Sectio alta empfiehlt.

All' diese verschiedenen Vorschläge über die Behandlung obiger Verletzung legen zur Genüge dar, dafs auch jetzt noch nicht das letzte Wort in dieser Angelegenheit gesprochen ist und dafs man immer noch des kasuistischen Materials bedarf.

Die zuletzt erschienene Zusammenstellung traumatischer Rupturen der Harnblase ist die von Wemmers. Er stellt im ganzen 24 derartige Fälle zusammen, von denen 13 zur Heilung und 11 — unter ihnen 7 operierte — zum Exitus letalis führten.

Im folgenden habe ich die seit Erscheinen obiger Dissertation veröffentlichten Fälle von subkutaner Blasenruptur zusammengestellt und drei noch nicht publizierte hinzugefügt, von denen zwei in der

chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau und einer in dem Barackenlazarett in Hagenau i. E. zur Beobachtung kamen.

1. Coff.

Ein Strikturkranker erleidet nach einer körperlichen Anstrengung eine subkutane Blasenruptur. Ergufs des Bluturins in das Cavum Retzii. Dasselbe wurde incidiert und ausgewaschen. Heilung.

2. Zuckerkandl.

Ein 33 jähriger Mann hatte sich mit gefüllter Blase über die Kante eines Fasses gebückt. Beim Emporrichten fühlte Patient ein brennendes Gefühl in der Blase und Harnröhre. Tags darauf Blutharnen und schmerzhafter, vermehrter Harnandrang. Dieser Zustand hielt zwei Wochen an, dann erst suchte Patient ärztliche Hilfe nach. Stat. praes. Hautdecken und Schleimhäute blafs. Miktion normal, aber blutiger Urin, der mikr. nur frisches, unverändertes Blut enthält. Die cystoskopische Untersuchung ergiebt inmitten der völlig normalen, nur auffallend blassen Schleimhaut an der hintern Wand und im Fundus einzelne, blaurot gefärbte, bis kreuzergrofse, etwas über das Niveau prominierende Plaques, an einigen solchen Stellen erkennt man kleine Risse und hervorquellendes Blut. Heilung unter indifferenter Behandlung.

3. Joynt and Green.

Patient mit Harnretention, leidet an Obstipation und Erbrechen. Operation abgelehnt. Exitus.

Sektion: Peritonitis, am Blasenfundus eine Perforation im Zentrum einer alten Narbe. Die Stelle war früher mit der Flexura sigmoidea verwachsen gewesen und wurde auf ein vor 9 Jahren erlittenes Trauma zurückgeführt.

4. Dalziel.

Sturz aus grofser Höhe mit deutlichen Anzeichen einer intraperitonealen Ruptur. Operation: Eröffnung des Abdomens und Entfernung des blutigen Ergusses, die Blase durch Blutgerinnsel stark angefüllt. Breite Eröffnung der Blase, Entfernung des Blutes, Blasenrifs zwischen beiden Ureteren hindurch und teilweise durch die Prostata, teilweise Naht der Wunde, Offenlassen der oberen Blasenwunde. Heilung.

5. Bert et Vignard.

Fall von 6 m Höhe auf den Rand einer Krippe, extraperitoneale Blasenruptur an der vorderen Blasenwand. Operation verweigert. Exitus. Bei der Sektion keine Beckenfraktur.

6. Blumer.

35 jähriger Mann fällt mit dem Bauche gegen einen Rinnstein; Harnverhaltung. 4 Tage nach erlittenem Trauma geht Patient den langen Weg ins Krankenhaus zu Fufs und will wenig Beschwerden haben. Operation ergiebt intraperitoneale Blasenruptur — vertikaler Rifs an der hinteren Seite der Blase — grofse Flüssigkeitsmenge im Abdomen, keinerlei Anzeichen von Peritonitis vorhanden, Heilung.

7. Sujetinow.

Patient empfand beim Niederlegen einer schweren Last plötzlich Schmerzen im Kreuz und in den Beinen. Harn nicht blutig, spontan entleert. 10 Tage später heftige Schmerzen im Unterleib und in den Leisten. Häufiger, aber resultatloser Harndrang. Mit peritonitischen Erscheinungen trat Patient ins Hospital, wo mit

dem Katheter blutiger Urin entleert wurde. Tod nach 3 Tagen an Peritonitis. Der Blasenrifs ging durch die ganze vom Peritoneum bedeckte Partie. (S. meint, dafs beim Niederliegen der Last ein unvollständiger Rifs in der Blase entstanden war, der sich durch entzündliche Vorgänge vertiefte, dafs 10 Tage später die leichte Anspannung der Bauchdecken beim Aufstehen genügte, um den Rifs komplett zu machen.)

8. Sieur.

Ein Soldat erhielt einen Hufschlag gegen den Leib; intensive Schmerzen in der Blasengegend und Harndrang, der Katheter entleerte einige blutige Tropfen. Verweilkatheter: reaktionslose Heilung.

9. Neve.

50jähriger Mann mit Blasenstein erleidet bei mäfsig gefüllter Blase ohne besondere Ursache eine Blasenruptur. Bei der sofort ausgeführten Sectio alta fand sich eine extraperitoneale Ruptur. Extraktion des Steines, Drainage der Blase. Heilung.

10. Klimenkow.

Fall rittlings auf einen Pfahl; Blutungen aus der Harnröhre, Harnverhaltung und Harninfiltration. Sectio alta. Schon nach Durchtrennung der Bauchdecken Entleerung blutigen Urins. Rifs in der vorderen Blasenwand. Gangrän des Skrotum, septische Erscheinungen, Harnröhrenfistel am Damm. Nach 3 Monaten Einführung eines Katheters bis in die Blase. Heilung nach 5 Monaten.

11. Dittrich.

28jähriger Knecht wird überfahren. Fraktur des horizontalen Schambeinastes und des aufsteigenden Sitzbeinastes rechts. Nach der Verletzung keine spontane Urinentleerung mehr, Perineum nicht geschwollen und auf Druck nicht schmerzhaft. Keine Blasendämpfung. Harnröhre durchgängig, in der Blase wenig blutiger Urin, beim Entfernen des Katheters entleert sich nochmals Urin unter Auftreten von Spasmen. Am nächsten Morgen Kollaps, Schmerzen in der Blasengegend. Operation: Querschnitt nach Trendelenburg zur Section alta. Nach Durchtrennung der Weichteile entweicht Luft, dann blutig gefärbter Urin in grofsen Mengen. In der vorderen Blasenwand zwei sagittal verlaufende Einrisse von 2, resp. 3 cm Länge, keine Blasennaht. Verweilkatheter. Tamponade. Heilung.

12. Delamare.

Junger Offizier stürzt vom Pferde und wird eine Strecke geschleift, wobei er verschiedene Hufschläge gegen den Unterleib erhielt; unter anderen Kontusionen entsteht eine blutunterlaufene Geschwulst am Skrotum. 2 Tage lang Schmerzen besonders im Unterleib und Entleerung von nur einigen Tropfen blutigen Urins. Diagnose: Urethralruptur. Mittels Katheters 7 Tage lang Entleerung der Blase. Am 8. Tage Zurückgehen des Blutergusses am Skrotum. Auftreten einer Hervorwölbung in der Subinguinalgegend. Abends Fieber bis 39°. Vom 8.—12. Tage liefert der Katheter nur ganz wenig mit Eiter und Blut vermengten Urin, Temp. bleibt 39°. Die Hervorwölbung hat zugenommen, erreicht den Damm und bildet einen fluktuierenden Tumor. Probepunktion am Damm ergiebt Urin, nach Incision daselbst Entleerung von Urin, entweichende Gase und nekrotisches Zellgewebe. Zweite Incision unter der Inguinalfalte ergiebt Gase, eitrigen Urin, nekrotisches Gewebe. Rectum intakt. Mittels Katheters in die Blase injizierte Flüssigkeit kommt in beiden Incisionswunden zum Vorschein. Der eingeführte

Zeigefinger gelangt in die breit geöffnete Blase. Blasenspülungen mit warmer Lösung von Kali hyp. $^{1}/_{4}\,^{0}/_{00}$ desinfizieren gut die nekrotischen Partien. Auf die Dammincision sterile Schwämme, welche zweistündlich gewechselt werden. Heilung nach 8 Wochen.

13. P. E. Eve.

Negerin, Fall vom Stallboden. Fractura ossis pubis; geheilt. Später Fremdkörpersymptome. Lithotomie. Entfernung eines inkrustierten Schambeinsplitters.

14. Astier.

Kleines Mädchen; Fall; Fractura ossis ischii. Abgehen mehrerer Knochenstücke per urethram; geheilt. Nach 7 Jahren Fremdkörpersymptome. Lithotomie. Entfernung zweier inkrustierter Knochensplitter.

15. H. Thompson.

15 jähriger Junge; Beckenbruch und Blasenblutung. Längere Zeit Harnbeschwerden, einmal spontaner Abgang von Knochenstücken. Nach 4 Jahren Steinsymptome: Sectio lateralis; Entfernung eines durch Phosphate inkrustierten Knochenstückes.

16. Hussey, E. L.

Dreifsigjähriger Arbeiter mit andauernder Dysurie und Abgang eines kleinen Steines. Ein zweiter angeblich noch in der Harnröhre. Durch Urethrotomia ext. Entfernung eines inkrustierten Knochenrestes. Patient war vor 9 bis 10 Jahren überfahren, Beckenfraktur mit Abscessen am Perineum ohne Knochenabgang, Ausheilung mit Ankylose des linken Hüftgelenkes.

17. Wemmers.

60 jähriger Mann wird in betrunkenem Zustande aufgefunden und in das Krankenhaus überführt; dort kollabiert Patient und stirbt während der Nacht. Sektion: Peritoneum am Colon ascendens, sowie in der Gegend des unteren Pols der rechten Niere gequollen, enthält reichlich flüssiges Blut. Die Fettkapsel beider Nieren gequollen. Harnblase kopfgrofs, enthält reichliches, flüssiges und geronnenes Blut, Lumen zweifaustgrofs, Schleimhaut stark verdickt und blutig durchtränkt, zeigt verschiedene Einrisse. Der Hauptrifs beginnt am Blasenhalse in der Nähe der Mündung des rechten Ureters und verläuft etwas rechts von der Mittellinie in der hinteren Blasenwandung nach oben, ca. 8 cm lang, teilt sich am Vertex in zwei horizontal verlaufende Seitenrupturen, in der vorderen Wand in der Mitte ein vertikaler, 5 cm langer Rifs. Der vordere Rifs reicht durch die Mucosa bis in die Muscularis, ohne letztere vollständig zu trennen. Der hintere trennt die Mucosa und die Muscularis vollkommen. Das Peritoneum unverletzt. Durch die Fissuren gelangt man ohne weiteres in das umgebende, hochgradig ödematöse, blutig durchtränkte Gewebe.

18. Rödmann.

15 jähriger Bursche fiel mit dem Unterleib auf eine scharfe Kante. Sofort heftige Schmerzen in der Blasengegend und spontaner Abgang von etwas blutigem Urin. 2 Tage später Krankenhaus: Respiration oberflächlich, beschleunigt (28), Temperatur 38°. Abdomen aufgetrieben und bretthart, Druck schmerzhaft in der Nieren- und Blasengegend. In der Blasengegend: vom Nabel nach beiden Leistengegenden Dämpfung. Per rectum ein steinharter, nicht abzugrenzender Tumor fühlbar. Urin sanguinolent. Tags darauf Operation: 5 cm langer Längsschnitt unterhalb des Nabels bis zur Symphyse. Unterhaut-

zellgewebe blaurot verfärbt, sulzig. Nach Durchtrennung der Bauchdecken extraperitoneal entleert sich reichlich mit Blut untermischter Urin. Perforationsöffnung in der vorderen Blasenwand. Drainieren des kleinen Beckens und der Blase. Umstopfung der Blase mit Jodoformgaze. Blasenfistel. Verweilkatheter; Heilung.

19. Derselbe.

Otto D., 10 Jahre. Fall einer schweren Kiste auf den Leib. Abdomen aufgetrieben und sehr empfindlich. Blase bis zum Nabel sichtbar gefüllt, Damm und Skrotum blutunterlaufen und geschwollen. Entleerung von sanguinolentem Urin ohne Abnahme der gefüllten Blase. Operation: Längsschnitt in der Mittellinie, perivesiculäres Gewebe urinös infiltriert, Blase von der Symphyse abgerissen. Aus der Tiefe fliefst reichlich Urin. In der vorderen Wand kein Rifs, die noch gefüllte Blase wird zurückgeschoben, das Peritoneum incidiert. Blasenruptur im Blasenhalse. Einführen von Balkendrain durch die Sectio alta in die Harnblase und eines Nélatonverweilkatheters. Blase und Bauchdecken nicht genäht. Heilung nach 2 Monaten.

20. Derselbe.

15jähriger Knabe fällt hoch herunter auf einen gepflasterten Hof, kommt moribund ins Krankenhaus, nach 4 Stunden Exitus. Periphere Körperteile sehr kühl. Sektion: Beckenbruch und grofser, extraperitonealer Rifs der vorderen Blasenwand.

21. Derselbe.

40 Jahre alter Arbeiter wurde von vorn nach hinten gegen eine Mauer gequetscht. Aufnahme ins Krankenhaus: Atmung beschleunigt, oberflächlich. Puls kaum fühlbar, sehr frequent. Öfters Würgen, kein Erbrechen, heftige Schmerzen in der Blase und rechten Leistengegend. Daselbst Schwellung und bläuliche Verfärbung der Haut, Beckenbruch, starker Urindrang. Der Katheter entleert nichts, nach 2 Stunden plötzlich Exitus. Sektion: Jn der Bauchhöhle reichlich geronnenes und freies Blut. Neben der Symphyse gelangt man in eine zwei Finger breite Knochendiastase, hinter welcher zwischen lockerem und mit Blut infiltriertem Bindegewebe ein Längsrifs der vorderen Blasenwand gelegen ist. Das Mesenterium der untersten Darmschlingen ist vollständig zerrissen und von Blutgerinnseln durchsetzt.

22. Derselbe.

Tischler, 46 Jahre. 3 Tage lang starke allgemeine Leibschmerzen, zugleich Urinverhaltung, Patient wurde täglich katheterisiert. Jm Krankenhaus: Symptome diffuser Peritonitis. Urin durch Katheter in spärlicher Menge entleert, enthält viel Albumen, Einführung ist sehr schmerzhaft. Später vermehrter Urindrang, Entleerung von nur wenig Urin, albumenhaltig und mikroskonische Zeichen der Cystitis. Rascher Verfall und Exitus. Sektion: Peritonitis mit fibrinös-eitrigem Exsudat, die leere Blase mit der Flexura sigmoidea verklebt und nach links hinübergezogen, zwischen Flexura und Blase eine 1 cm grofse sagittal gestellte Perforation der Blase. Die Ränder der Perforationsöffnung eitrig belegt, mit Cruor bedeckt. Nach Herausnahme und Öffnung der Blase finden sich auch in ihr wenige Cuorgerinnsel.

23. Malherbe.

Ein Mann fiel 5 bis 6 m. tief, klagte hauptsächlich, keinen Urin lassen zu können. Der Katheter entleert wenig normalen Harn. In den nächsten Tagen

Auftreten einer stark zunehmenden Schwellung oberhalb der Symphyse, in deren Mitte sich ein brauner Fleck zeigt. Am 5. Tage post traum. sanguinolent-eitriger Urin. Schnitt oberhalb der Symphyse, kolossale Urininfiltration, Blasenperforation bis tief in das kleine Becken, Perforationsstelle an der Vorderseite, dicht hinter der Symphyse. Exitus.

24. Senkel.

Ein 16 jähriger Junge wird über den rechten Oberschenkel und die rechte Beckenhälfte überfahren. Aufnahme ins Krankenhaus: Das rechte Bein nach aufsen rotiert und schlaff; am oberen Ende, dicht unterhalb der Leistenfalte, eine spindelförmige Auftreibung der Weichteile des Oberschenkels und blauschwärzliche Hautverfärbung. Rechte Leistengegend auch leicht bläulich verfärbt. Symptome eines Bruches der rechten Beckenhälfte. Von seiten der Blase keine krankhafte Erscheinungen. Der spontan gelassene Harn klar und normal. Die Radiographie ergiebt Fraktur des rechten Schambeinastes mit Dislokation in sagittaler Richtung. Später Auftreten peritonitischer Symptome, Entleerung von Urin mit Blutgerinnseln. 35 Stunden post traum. Operation: Incision in der Linea alba. Bei Eröffnung des Peritoneums quillt aus der Bauchhöhle reichlich hellgelbe, stark urinös riechende Flüssigkeit. An der rechten, hinteren Hälfte des Blasenscheitels ein ca. $1^1/_2$ cm langer, quer verlaufender, unregelmäfsig gezackter Rifs, aus welchem sich Harn nach dem Douglas entleert. Naht der Ruptur. Jodoformgazestreifen, welche aus der nahezu geschlossenen Bauchwunde herausgeleitet werden. Nélatonverweilkatheter. Heilung.

25. Braun.

16jähriger Junge wird über das Becken und den rechten Oberschenkel überfahren. Fraktur am rechten horizontalen Schambeinast, später auch Symptome eine Blasenverletzung. Erst allmählich stellten sich Symptome ein, die eine Blasenverletzung annehmen liefsen. 36 Stunden nach der Verletzung Laparotomie: Naht der an der hintern Blasenwand gelegenen Perforation. Ohne peritonitische Erscheinungen und nach schnell vorübergehendem Abflufs von Urin aus der Bauchwunde im Laufe der 3. Woche Heilung.

26. Derselbe.

Fall in eine Grube, ein 6 cm langer Blasenrifs in der hinteren Wand. Eine grofse Menge freier Flüssigkeit im Abdomen nachweisbar. Mit dem Katheter wurden 100 ccm fast reinen Blutes entleert. Die in drei Etagen angelegte Blasennaht hielt, Dauerkatheter, Heilung.

27. Gantkowski.

Bei einem 28 jährigen Manne infolge Hufschlags eine Blasenruptur. Heilung bei rein exspektativem Verhalten, nur zweimalige Entleerung der Blase mittels Katheters.

28. Faltin.

Bei einem 53 jährigen Manne entwickelte sich nach einem Trauma Gangrän der vorderen Blasenwand. 8 Tage später hochgradig infiltrierter Harn und Retention, Blasenschnitt, wobei sich herausstellte, dafs die vordere Blasenwand in eine schwarze morsche Masse umgewandelt. Exitus nach 8 Tagen. Sektion: im prä- und retroperitonealem Zellgewebe eine progrediente Phlegmone. Das Trauma hatte eine extraperitoneale, unvollständige Blasenruptur verursacht. Von hier aus war die Infektion in die Blasenwand eingedrungen und hatte sodann in dieser die Gangrän hervorgerufen.

29. Roll.

Ein 42 jähriger Mann wurde mit der Dammgegend gegen die Steinkante eines Trottoirs geschleudert. Keinerlei charakteristische Symptome von Blasenruptur. Die Diagnose wurde am 4. Tage durch Cystoskopie gestellt, darauf Laparotomie und Naht des 12 cm langen, gröfstenteils intraperitonealen Risses. Heilung.

30. Eisner.

Ein 21 jähriger Mann fiel 2 Stock herunter, blieb bewufstlos liegen. Aufnahme ins Krankenhaus: Schmerzhaftigkeit besonders über der Symphyse und der linken Regio hypogastrica, daselbst derbe Resistenz. Kein Beckenbruch nachweisbar, seit dem Sturz kein Stuhl, keine Wunde, kein spontaner Urinabgang. Durch den Katheter werden über 400 ccm blutig tingierten Harns entleert. Patient kann auch weiterhin nicht spontan urinieren, Operation Tags darauf: Schnitt oberhalb der Symphyse, parallel dem Poupartschen Bande bis an die Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel. Vertiefen desselben bis ans Peritoneum, dort eine blutige, stark urinös riechende Flüssigkeit. An der linken Seite der Blase ein ca. 5 cm langer, schräg verlaufender, unregelmäfsig berandeter Einrifs. Peritoneum intakt, in weitem Umkreise abgehoben, mit urinös stinkendem Sekrete gefüllt. Naht der Blase. Zweiter Schnitt vom unteren Ende des ersteren neben dem Musculus rectus nach aufwärts, Freilegung des präperitonealen Gewebes. Dasselbe grau verfärbt und mit Flüssigkeit durchtränkt, Excision aller verdächtigen Stellen. Dabei Einrifs des Peritoneums. Naht desselben. Tamponade um die Blase, Verweilkatheter. Heilung nach 4 Monaten. Patient machte eine schwere Sepsis durch.

31. Dohrn.

41 jähriger Bahnwärter wird von Lastfuhrwerk überfahren. Direkt darnach kann Patient weder Stuhl noch Urin entleeren. Heftiger Urindrang, Katheterisierung. 2 Tage später 5 stündige Eisenbahnfahrt, Krankenhausaufnahme: Nachweis reichlicher, freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Der Katheter entleert trüben, braunrötlichen Urin. Mikroskopisch: rote Blutkörperchen und Fibringerinnsel. Operation: Schnitt in der Medianlinie. Nach Durchtrennung der Bauchwand ausgedehnte Hämatome ohne Urininfiltration. In der Bauchhöhle getrübte, rötlichgelbe, deutlich urinös riechende Flüssigkeit. Am Fundus der Blase, innerhalb des Peritonealüberzuges ein 4 cm langer, fast quer verlaufender Rifs mit unregelmäfsig zerrissenen Rändern; Naht. Jodoformgazeverband mit Ableitung durch die Wunde, Verweilkatheter. Heilung in 3 Wochen.

32. Krabbel.

39 jähriger Gastwirt wurde heftig mit dem Knie gegen den Unterleib gestofsen. Sofort heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend und Drang zum Urinieren ohne Erfolg. Der herbeigezogene Arzt entleerte fast $^1/_2$ Liter blutig gefärbten Urins. 3 Stunden später Aufnahme im Spital. Hier erneute Katheterisation und Entleerung von etwa 200 ccm blutig gefärbten Urins. Nur in den unteren Partien des Abdomens bei Druck Schmerzen, keine Dämpfung, Bauchdecken nur unten stark gespannt. Jn den seitlichen Teilen kein Druckschmerz, kein Aufgetriebensein des Abdomens. Temperatur: afebril, Puls: voll und kräftig. Kein Erbrechen, kein Aufstofsen, frisches Aussehen. Alle 3 bis 4 Stunden erneuter Urindrang, Katheterismus. Tagesmenge des immer etwas blutig gefärbten Urins 900 bis 1000 ccm. Drei Tage nach der Verletzung Abdomen stärker aufgetrieben, nachmittags Erbrechen, Leib auf Druck schmerz-

hafter, Puls 96, kein Fieber. Die peritonitischen Erscheinungen nehmen zu. 4 Tage nach dem Unfall giebt Patient seine Einwilligung zur Operation. Laparotomie in Beckenhochlagerung. In der hinteren Blasenwand ein ca. 2 cm langer, von oben nach unten schräg verlaufender Rifs mit zerfetzten Rändern. Peritoneum in der Umgebung eitrig belegt. Die umliegenden Darmschlingen gerötet und mit der Blase leicht verwachsen. Eine gröfsere Urinmenge in der Bauchhöhle nicht vorhanden. Naht des Blasenrisses ohne Schleimhaut. Mikulicz'scher Jodoformgazetampon. Schlufs der Bauchdecken in Etagennaht. Verweilkatheter. Heilung nach einem Monat.

(Fortsetzung und Schlufs in Heft III.)

Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe.

(Nach einem Vortrage gehalten in der Sektion für Chirurgie der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad am 25. September 1902.)

Von

Prof. Dr. **J. Zabludowski,**

Leiter der Massage-Anstalt der Königl. Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin.

Mit 16 Illustrationen.

(Fortsetzung und Schlufs aus Heft XII des Jahrgangs 1902.)

Akt 5.

Reibung.

Die tieferen Teile des Dammes werden auch durch die Haut hindurch gerieben. Dazu wird bei der Rückenlage des Patienten der nach dem Abdomen hin zurückgeschlagene Hodensack mit der Volarfläche der rechten Hand zurückgehalten, während die aneinander gereihten, leicht flektierten Finger (2.—5.) der linken Hand mit den Spitzen ihrer Nagelglieder auf die Linea biischiadica gestellt werden. Darauf werden diese 4 Finger mit der unter sie zu liegen kommenden Haut über den tief liegenden Partien längs der Rhaphe perinei in der Richtung zum unteren Rande der Schamfuge hin geschoben und gleich darauf nach der ursprünglichen Ausgangsstelle zurückgebracht (Figur 7). Wir wiederholen diesen Handgriff einige Male, darauf führen wir sie auf demselben Wege in kleineren Zügen aus, so dafs wir jetzt nicht auf einmal einen möglichst langen Zug machen, sondern die Züge so gestalten, dafs wir die ganze Regio perinea in 3 Zonen teilen und an jeder einzelnen derselben verkleinerte Striche ausführen. Durch diese Manipulation werden sowohl die Organe, welche sich im Unterhautzellgewebe des Dammes (Aa., Vv. et Nn. perinei superficiales) und in der unteren Etage des Dammes befinden (M. transversus perinei super-

ficialis, M. bulbo-cavernosus et ischio-cavernosus, Corpora cavernosa penis, Corpus cavernosum urethrae, die Lymphdrüsen und die Gefäſse), der Einwirkung ausgesetzt. Hierzu kommen noch der Bulbus urethrae wie auch die eigentliche Wand der Urethra: die Pars bulbosa und die Pars membranacea. Wenn wir den engeren anatomischen und physiologischen Zusammenhang der vorbezeichneten Organe mit dem Diaphragma urogenitale und der Vorsteherdrüse berücksichtigen, so ist ein gewisser Einfluſs unserer

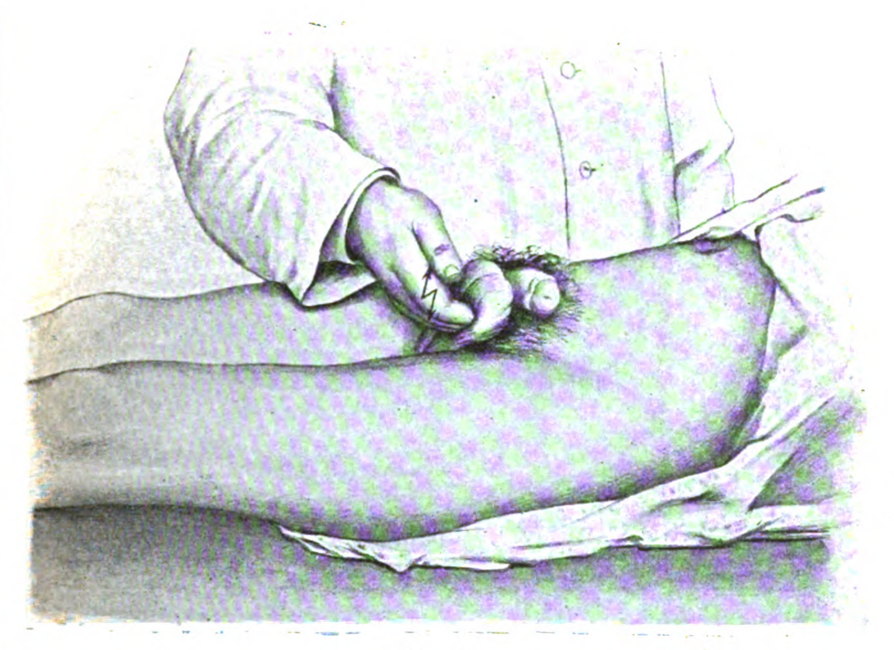


Fig. 7.
Reibung des vorderen Abschnittes des Dammes.

Manipulationen auf die letztgenannten Organe unverkennbar, insbesondere auf die hier befindlichen ausgedehnten Venengeflechte (Plexus Santorini, Plexus prostaticus) und den Ductus ejaculatorius.

Akt 6.

Erschütterung.

a) Mit einer Hand.

Mit der linken Hand wird der Hodensack des sich in der Rückenlage befindlichen Patienten nach dem Abdomen zu gehoben

und festgehalten. Die Finger (2.—5.) der rechten Hand werden mit den Volarflächen der Nagelglieder auf den Damm aufgelegt und in tremorartige Bewegung versetzt (Figur 8). Die Finger werden an verschiedene Stellen des Dammes gebracht und dadurch werden demselben eine ganze Reihe rhythmisch schnell aufeinander folgender kleiner Stöfse beigebracht. Die Wirkung besteht hauptsächlich in molekulären Umstimmungen in den erschütterten Geweben.

b) Mit beiden Händen.

Die linke Hand wird am Abdomen, oberhalb der Schamfuge, aufgelegt, und zwar so, dafs ihre mediale Kante nach den Rippen

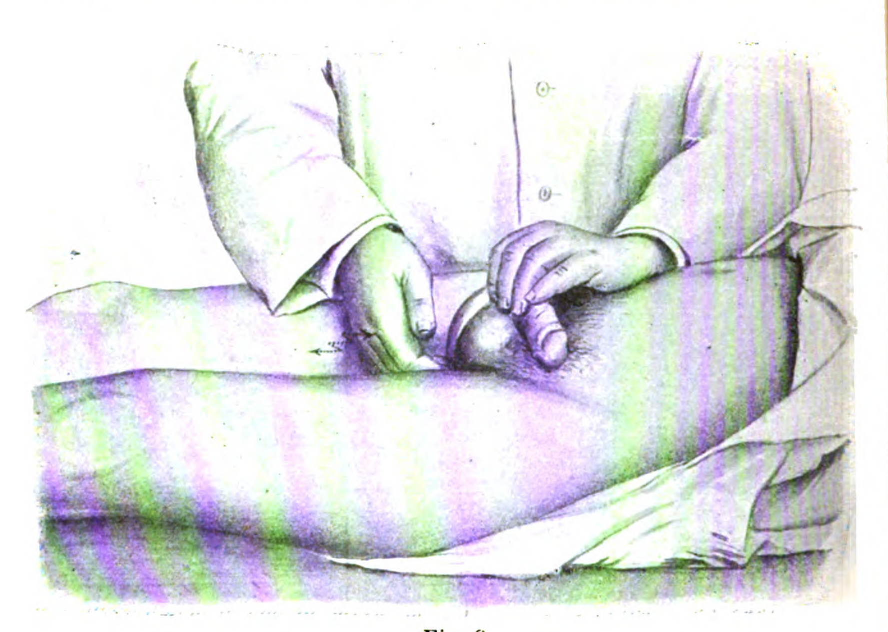


Fig. 8.
Erschütterung des Dammes.

des Patienten hin gerichtet ist. Der Bogen, welcher mit dem Daumen und Zeigefinger gebildet wird, kommt an die Wurzel des Penis zu liegen. Die rechte Hand wird wie bei a aufgelegt. Beide Hände werden in Zitterbewegung versetzt, wobei sie gegen einander arbeiten (Figur 9). Die Erschütterung durchdringt das zwischen den Händen befindliche Gebiet.

c) Kombiniert mit Knetungen.

Die rechte Hand übt dasselbe aus wie bei a und b. Die linke

Hand führt am Hypogastrium knetende Bewegungen in transversaler Richtung oberhalb der Schamfuge aus.

Die Manipulationen b und c wirken nicht nur auf die Organe des Dammes, sondern gleichzeitig auch auf die Harnblase und überhaupt auf die Organe des kleinen Beckens.

Da wir bei der Handhabung unserer Methode nur ganz ausnahmsweise die Behandlung von den Körperkanälen, Urethra und Rektum, aus einleiten und mit dem Beginne der Kur jede solche angreifende „innerliche Behandlung" gewöhnlich einstellen lassen, so machen wir auch nur selten Gebrauch von den Erschütterungs-

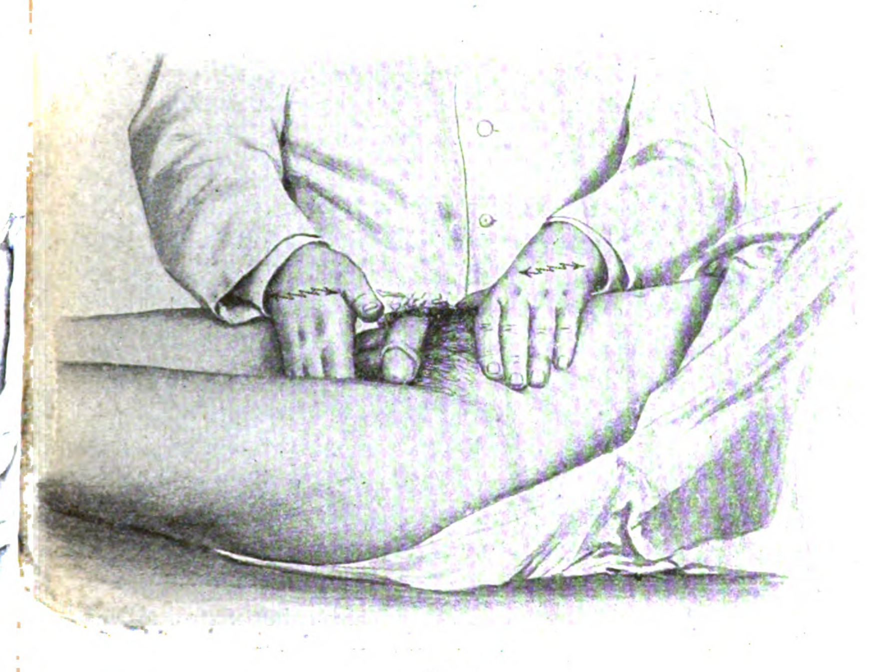


Fig. 9.
Gleichzeitige Erschütterung des Dammes und der Unterbauchgegend.

apparaten mit cylinderförmigen Ansätzen für Rektum oder Urethra. Im allgemeinen kommen wir schneller zum Ziele mit der manuellen als mit der maschinellen Massage. Hier, gleichwie an anderen Gebieten, arbeiten wir über möglichst grofse Hautflächen, d. h. weit hinüber über die Grenzen der eigentlich kranken Partie. Auch ist es nur bei der manuellen Massage gut möglich, an die Konturen

der betreffenden Partie sich anzuschmiegen und zugleich intensiv zu arbeiten; ebenso gelingt es uns besser, auf die unter der Haut liegenden Partien einzuwirken. Die günstige Gelegenheit zur „Suggestion im wachen Zustande", welche uns die manuelle örtliche Behandlung bietet, macht auch letztere zu einem niemals zu unterschätzenden, wichtigen Hebel der psychischen Therapie. Wir rechnen damit, dafs die psychischen Reize für das Zustandekommen der sexuellen Vorgänge nicht minder bedeutsam sind als die peripheren. Die Genitalkranken, die oft zur Hypochondrie neigen, können leichter in gehobene Stimmung versetzt werden und somit an Selbstvertrauen und Energie gewinnen.

Ein trotzdem nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel bei der Ausführung der Erschütterungsmassage, und zwar besonders bei Sensibilitätsstörungen, bilden nicht selten die Vibratoren mit flachen oder bogenförmig gekrümmten Ansätzen, welche an den Konturen der äufseren Decken gut anliegen. Die bequeme Handhabung der Vibratoren, nicht nur beim elektrischen, sondern auch beim Handmotor, macht die Ausführung der Erschütterung unabhängig von der technischen Geschicklichkeit des Arztes, welche notwendige Bedingung für die Ausführung gleichmäfsiger und schnell aufeinander folgender Zitterbewegungen ist. Auch kann behufs Erzielung der molekulären Veränderungen mit dem Vibrator länger an einem Punkte eingewirkt werden. Die Ansätze des Vibrators lassen wir zwecks Erreichung der cumulativen Wirkung viel länger an einem und demselben Punkte liegen, wobei wir berücksichtigen, dafs zu starkes Aufdrücken den Bewegungen des Ansatzes hinderlich ist und somit die Wirkung dadurch abgeschwächt wird. Bei der Anlegung des Ansatzes an einer neuen Stelle schieben wir denselben nicht über die Hautoberfläche, wie es bei den Elektroden geschieht, sondern heben ihn ab und setzen ihn auf die andere Stelle auf. Hier, wo es hauptsächlich auf die mechanische Einwirkung der Einzelstöfse in vertikaler Richtung ankommt, würde das Schieben in seitlicher Richtung über die Hautoberfläche zur Auslösung unregelmäfsiger Stöfse und auch zur Beschädigung des Apparates führen.

Akt 7.

Knetung.

Die rechte Hand des Massierenden wird mit ihrer volaren Fläche auf den oberen Abschnitt der medialen Fläche des rechten Ober-

schenkels des Patienten gebracht, derart, daſs der Zeigefinger auf den Sitzbeinhöcker und den aufsteigenden Ast des Sitzknochens und der Daumen auf die Leistenfalte zu liegen kommt. Es werden knetende Bewegungen ausgeführt, welche auf das ganze Trigonum femorale und am Damme, hauptsächlich auf den M. ischio-cavernosus, das Corpus cavernosum penis und das Diaphragma urogenitale, einwirken (Fig. 10). Ganz dasselbe wird auch an dem linken Oberschenkel ausgeführt. Da unsere ganze Technik derart einge-

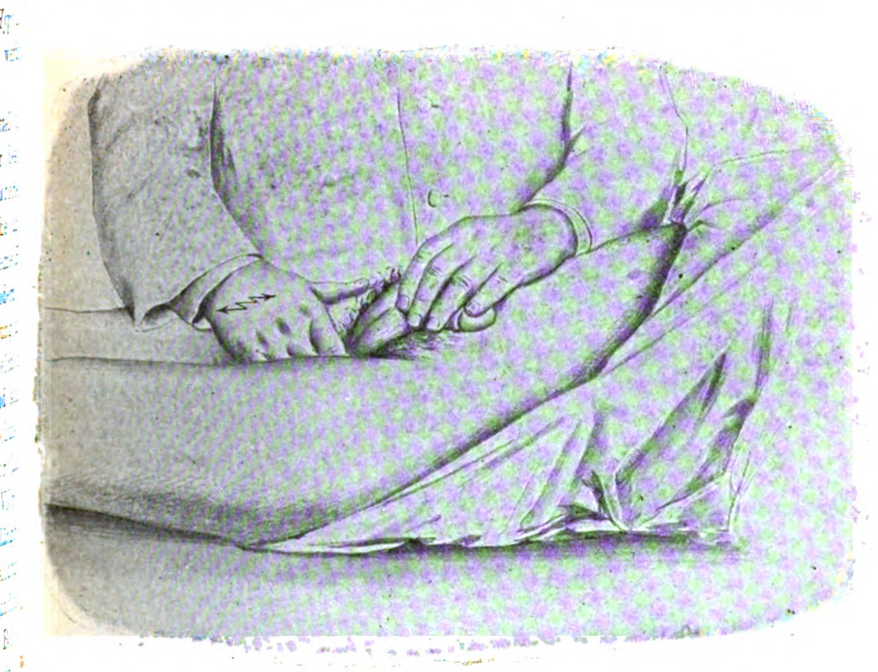


Fig. 10.
Knetung am Trigonum femorale.

richtet ist, daſs wir anstrengendere Manipulationen mit der rechten Hand ausführen, so kneten wir ausschlieſslich mit der rechten Hand; bei dem linken Oberschenkel fällt der Daumen auf den aufsteigenden Ast des linken Sitzknochens, der Zeigefinger mit den anderen Fingern kommt auf die Oberfläche des linken Trigonum femorale zu liegen. Die knetende Hand bewegt sich auch distalwärts, also nach unten über die Adduktoren des Oberschenkels. Die Knetung selbst aber, nämlich der bei der Knetung ausgeübte Druck, wird immer proximalwärts ausgeführt, d. h. in der Richtung

nach dem Damme hin. Dies wird dadurch erreicht, dafs die knetende Hand nach je einigen Bewegungen in transversaler Richtung durch oberflächliches Herunterrutschen über die Hautfläche distalwärts gebracht wird. Sobald die Hand auf diese Art 1—2 cm heruntergeschlüpft ist, macht sie einige transversale Bewegungen, wobei die Richtung des Druckes immer eine proximale bleibt. Durch das leichte Herunterfahren der massierenden Hand wird eine Durchreibung der hier besonders empfindlichen Haut vermieden. Für die ganze Dauer der Knetung hält die linke Hand, ähnlich wie bei den früheren Akten, den Hodensack aus dem Wege. Diese Mani-

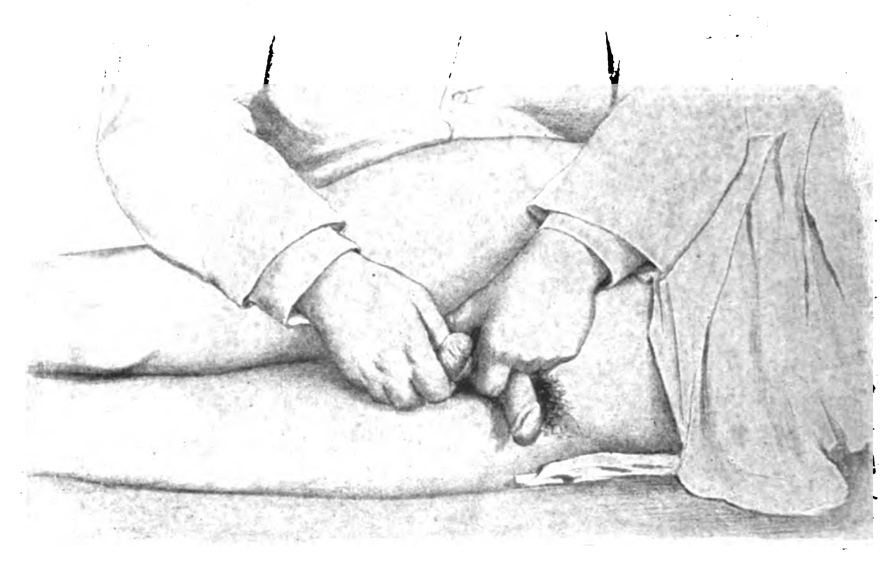


Fig. 11.
Ausdrückung der Hoden in linker Seitenlage des Patienten.

pulation wirkt auf ein weites anatomisches Gebiet, dessen regelmäfsige Blutversorgung und Innervation, folglich auch dessen Ernährung, in engem Zusammenhange mit den Vorgängen im Genitalapparate stehen. Wir haben in dieser Region eine grofse Anzahl der Äste der Aa. femoralis, obturatoria, haemorrhoidalis inferior, pudenda mit den entsprechenden Venen und Lymphgefäfsen. Wir begegnen am Genitalapparat und an dem Trigonum einer mehr oder weniger gemeinschaftlichen Blut-, Lymph- und Nervenversorgung. Daher kommt die Massage des Trigonum femorale

nebst Umgebung dem Genitalapparat zu gute. Dabei ist noch zu bemerken, dafs die arbeitende Hand im Trigonum femorale eine gute Angriffsfläche findet, während das eigentliche Urogenitalgebiet weniger angreifbar ist, und wegen dieses Umstandes allein schon ist nach Möglichkeit eine Einwirkung vom Trigonum femorale aus geboten.

Alle bisher angegebenen Akte, mit Ausnahme von Akt 1, werden auch in der Seitenlage des Patienten, in der rechten und in der linken (Fig. 11) und manchmal auch in der Knieellen-

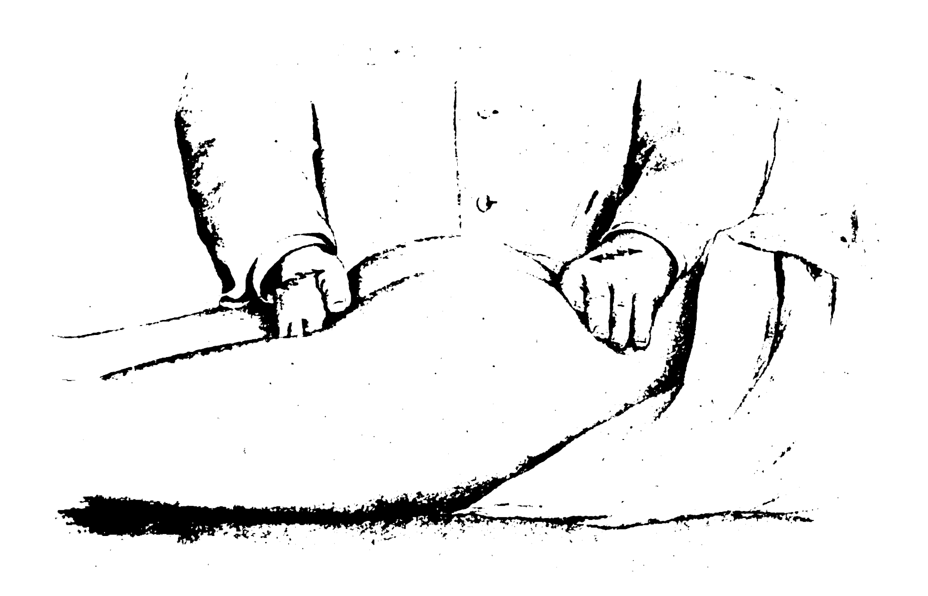


Fig. 12.
Gleichzeitige Erschütterung des Dammes und der Kreuzgegend in Bauchlage des Patienten.

bogenlage ausgeführt. Dadurch wird die Möglichkeit sowohl einer energischeren als auch gleichmäfsigeren Einwirkung auf alle zu behandelnden Partien gegeben. Aufserdem werden die Massagehandgriffe von dem Kranken besser und länger vertragen, wenn sie unter verschiedenen Bedingungen des Blutzuflusses und der Muskelspannung ausgeführt werden. Durch die Lageveränderung wird auch leicht die Möglichkeit gegeben, bei gleicher Druckkraft tiefere und oberflächlichere Wirkungen zu erzielen.

Bei der Reihenfolge der Akte halten wir uns daran, den Patienten nicht überflüssig viel zu Lageveränderungen des Körpers zu veranlassen. Aus diesem Grunde wird der nächste Akt 8 nicht schon bei den früher vorgenommenen Erschütterungen mit ausgeführt.

Akt 8.

Erschütterung in der Bauchlage.

Der Kranke nimmt die Bauchlage ein. Die mittleren Finger der rechten Hand werden mit ihren Volarflächen auf den Damm

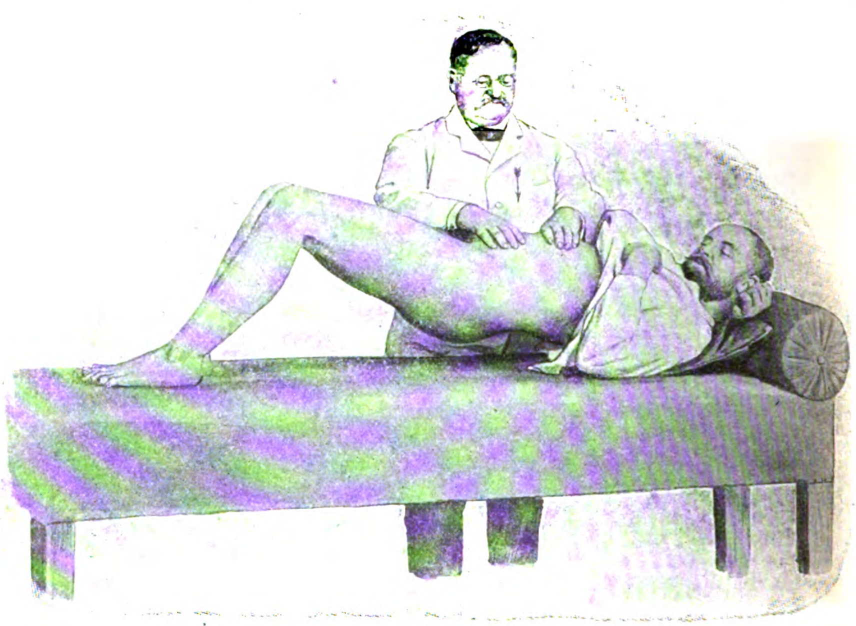


Fig. 13.
Hebung des Beckens bei Widerstand seitens des Arztes.

aufgesetzt. Die linke Hand wird in der Kreuzgegend aufgelegt. Beide in Schwingungen versetzte Hände arbeiten gegeneinander, analog der Erschütterung bei Rückenlage des Patienten, Akt 6b (Fig. 12).

Akt 9.

Klopfung.

Der Patient befindet sich in der Bauchlage. Wir führen Klopfungen der dorsalen Flächen beider Oberschenkel im oberen

Drittel aus, und zwar abwechselnd mit der medialen Kante der in ihrer unteren Hälfte lose geballten Faust und mit der Volarfläche der ebenfalls lose geballten Hand. Bei diesem und dem vorigen Akte verbreitet sich die Wirkung auf die Regio analis des Dammes und beeinflussen wir die Blutverteilung der Aa. gluteae sup. et inf., Aa. haemorrhoidales und des Plexus venosus haemorrhoidalis. Unsere Manipulationen wirken auch auf die Sphincteres ani ext. et int., den M. levator ani und überhaupt auf den Beckengrund. Wir verringern hiermit hämorrhoidale Störungen und die mit denselben häufig einhergehenden Begleiterscheinungen am Genitalapparate.

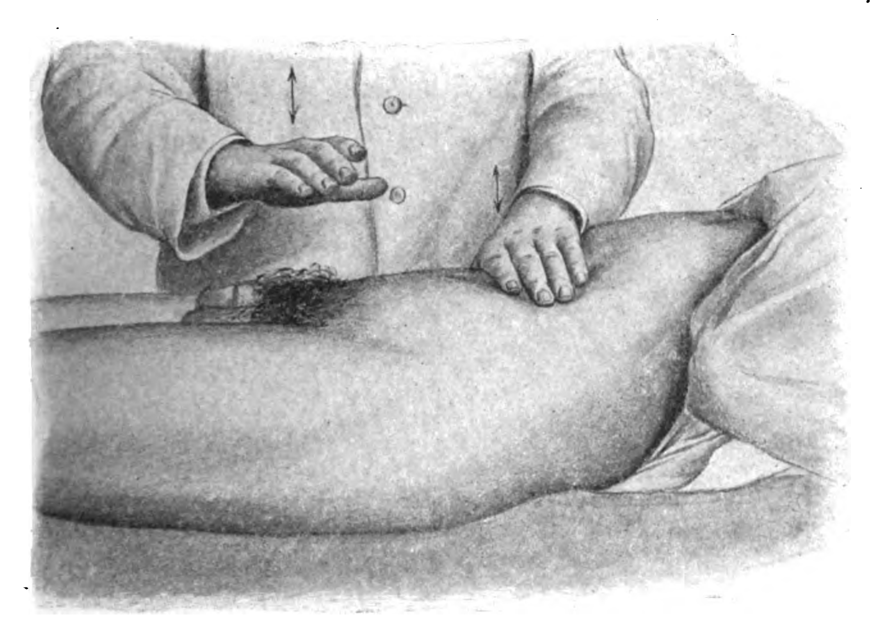


Fig. 14.
Abwechselndes Aufdrücken auf das Abdomen mit den Händen, oberhalb und unterhalb des Nabels.

Übungen der Bauch- und Dammmuskeln.

Neben der Massage im engeren Sinne des Wortes veranlassen wir Bewegungen, welche der Übung der Bauch- und Dammmuskeln dienen:

a) Der Kranke liegt auf dem Rücken mit in den Knieen und in den Hüftgelenken leicht flektierten Beinen. Der Arzt drückt mit beiden Händen auf die Bauchwand leicht auf und veranlafst

den Kranken, sich mit den Fersen auf die Unterlage aufzustützen, dabei das Becken von derselben abzuheben (Fig. 13) und gleichzeitig den Anus stark einzuziehen, wie um eine Defäkation zurückzuhalten. (Kontraktion des M. levator ani und des M. sphincter ani ext.)

b) Ferner veranlassen wir den Kranken, im Rhythmus der Atmungsbewegungen die Bauchwand stark einzuziehen und darauf vorzuwölben. Der Bewegung der Bauchwand nach vorn setzen wir dadurch einen Widerstand entgegen, dafs wir unsere Hände quer auf die Bauchwand zu beiden Seiten des Nabels auflegen. Durch das Aufdrücken mit unseren Händen auf die Bauchwand bei der

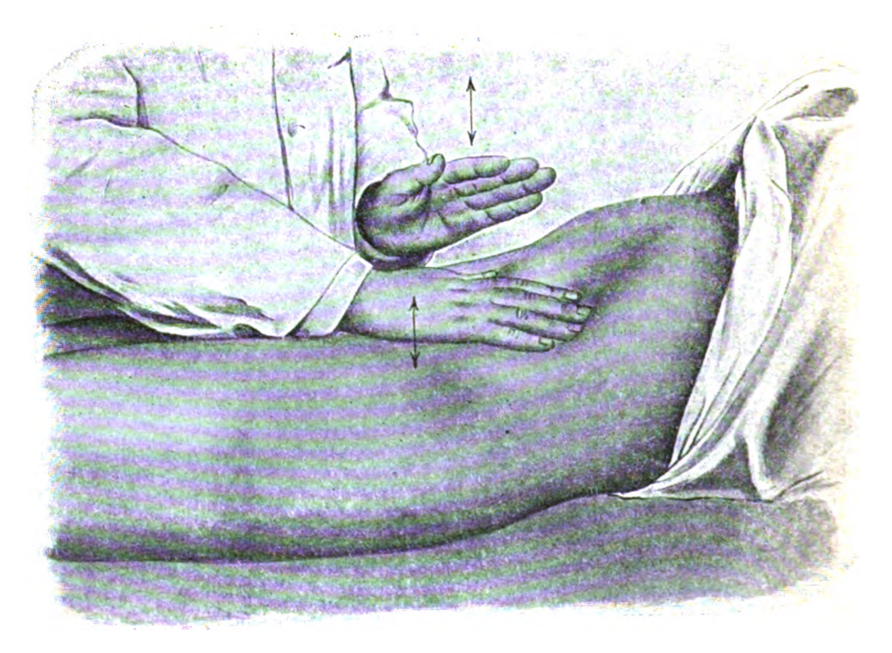


Fig. 15.
Abwechselndes Aufdrücken in der Längsrichtung der Bauchwand.

Einziehung derselben wirken wir zwar im gleichen Sinne mit der Bewegung der Bauchmuskeln, steigern aber die Exkursionen der Bauchwand bei der darauf folgenden Vorwölbung beträchtlich.

c) Aufser der Bewegung der vorderen Bauchwand in pleno veranlassen wir dieselbe, noch partielle Bewegungen zu machen, so oberhalb und unterhalb des Nabels. Wir erzielen die Bewegungen der oberen und der unteren Hälfte der Bauchwand oberhalb und

unterhalb der horizontalen Linie, welche quer durch den Nabel verläuft, indem wir die quer über die Bauchwand gelegten Hände abwechselnd aufdrücken (Fig. 14).

d) Wir ziehen die rechte und die linke Hälfte der Bauchwand einzeln zur Arbeit heran, indem wir abwechselnde Aufdrückungen mit den in der Längsrichtung der Bauchwand rechts und links vom Nabel aufliegenden Händen machen (Fig. 15).

Übungen von Nachbarmuskeln des Genitalapparates.

Endlich üben wir die Oberschenkelmuskeln durch Ab- und Adduktionen der Oberschenkel bei Widerstand unsererseits. Der Kranke



Fig. 16.
Abduktion der Oberschenkel bei Widerstand seitens des Arztes.

befindet sich in der Rückenlage, seine Beine sind in den Knieen etwa im rechten Winkel gebeugt. Der Arzt steht zur rechten Seite des Kranken mit dem Gesichte ihm zugewendet. Er drückt mit seinen Händen auf die lateralen Condylen der Oberschenkel auf. Dabei veranlafst er den Kranken, die Oberschenkel langsam zu abduzieren. Darauf folgt ein stärkeres Aufdrücken auf die medialen Condylen, der Kranke hat dabei die Oberschenkel langsam zu abduzieren (Fig. 16).

Indikationen.

Aus der Analyse der physiologischen Wirkungen der angegebenen Manipulationen im einzelnen und in ihrer Gesamtheit ergeben sich bestimmte Anhaltspunkte zur Feststellung der Indikationen

für unser Verfahren. Die auf diese Art aufgestellten Indikationen decken sich mit denen auf dem Wege der Empirie gewonnenen Resultaten. Wir haben folgende Indikationen:

I. Protrahierte Hoden-, Nebenhoden- und Samenstrangentzündung im Stadium decrementi des Prozesses, traumatischen oder gonorrhoischen Ursprungs. Man hat in diesen Fällen Verdickungen event. Verhärtungen der betreffenden Organe oder Verkleinerungen und Erweichungen derselben, oft bei gleichzeitiger Atrophie der Haut und des Unterhautzellgewebes des Penis und des Skrotums zu bekämpfen.

II. Erhebliche Funktionsstörungen, wie Impotentia coeundi et generandi, resp. Priapismus mit geringen anatomischen Erscheinungen an den Hoden und Adnexen.

III. Fälle, in denen die Funktionsstörungen am Urogenitalapparat (Behinderung der Potentia virilis, manchmal auch einhergehend mit Unregelmäfsigkeit in der Harnentleerung) primär auftreten als partielle Erscheinungen psychischer oder nervöser Alterationen, und wo die Funktionsstörungen erst nach ihrem längeren Bestehen entzündliche Reizungen verursacht haben, die sich verschieden kundgeben.

IV. Fälle, in welchen üble Gewohnheiten oder zu energische lokale oder allgemeine Kuren sowohl örtliche Reizzustände, bestehend in abnormen Sensationen, als auch allgemeine Gemütsdepression hervorrufen.

V. Fälle, welche mit einer Verkürzung des Samenstranges einhergehen, und zwar nicht nur in Form einer erworbenen, sondern auch einer angeborenen Erkrankung, einer Kryptorchidie leichteren Grades.

VI. Atrophien am Genitalapparat, durch willkürliche oder unwillkürliche Abstinenz bedingt (Atrophia exinactivitate).

VII. Sensibilitätsstörungen, mögen es Anästhesien (hysterische Formen), Hyperästhesien und Parästhesien (Testis irritabilis, Neurosen der Urethra) oder Motilitätsstörungen, irritative Formen (Pollutionen, ejaculatio praecox) und atonische (Spermatorrhoe, mangelhafte Erektionen) sein.

VIII. Pathologische Sekretionen aus der Urethra: chronische Gonorrhoe bei Urethritis posterior, Prostatorrhoe.

Wir haben bei der Auseinandersetzung der Methode und der Indikationen nur allgemeine Gesichtspunkte im Auge gehabt. Da wir bei dieser Art von Behandlung nur mit der Thätigkeit des Arztes, welcher physiologische und psychologische Kenntnisse besitzt, rechnen, so halten wir es für überflüssig, die Zahl der einzelnen Akte in jedem Falle, die Dauer derselben, die Häufigkeit der Wiederholung der einzelnen Manipulationen und die Dauer der ganzen Kur bei den verschiedenen Indikationen minutiös anzugeben.

Im allgemeinen ist die Dauer der Kur auf 2—8 Wochen zu bemessen. Die Sitzungen werden täglich ausgeführt. Die Einzelsitzung, die auf Einschnürung entfallende Zeit nicht gerechnet, dauert 10—20 Minuten. Von der Dauer der Einzelsitzung hängt es auch ab, ob alle Akte oder nur einige für den gegebenen Fall am meisten indizierte, in einer Sitzung auszuführen sind.

Eine mehr oder weniger längere Behandlungsdauer ist notwendig, um eine Interferenz der neuen mit den alten, Anciennetätsrechte beanspruchenden Reizen hervorzurufen und gewissermafsen eine Neutralisierung der einen durch die anderen zu bewirken.

Auch bedarf es einer längeren Einwirkung und stärkeren Bethätigung seitens des Arztes, um der Bestrebung des Neurasthenikers, sich eingreifenden Kuren chirurgischer oder pharmazeutischer Art zu unterziehen, die Spitze zu bieten.

Auch der verbalen, event. materialisierten Suggestion wird bei längerer Behandlung mehr Spielraum zur Bethätigung gegeben. Der Arzt hat Gelegenheit, den Patienten auf die unter dem Einflusse der Behandlung stattfindende Zu- oder Abnahme des Volumens an den betreffenden Organen aufmerksam zu machen und die Deutung in günstigem Sinne seitens des Patienten zuwege zu bringen.

Die längere Dauer der Behandlung wird auch bedingt durch begleitende Alterationen des Gesamtstoffwechsels, wobei die Ausdehnung der Massagebehandlung über das ganze Abdomen, den Rücken u. s. w. indiziert wird.

Zur Kathetersterilisation.

Von

Prof. Dr. R. Kutner, Berlin.

Ungeachtet der zahlreichen Sterilisatoren für elastische Katheter, welche infolge meiner früheren Publikationen entstanden, dürfte die Konstruktion des nachstehend beschriebenen[1]) einfachen Apparates berechtigt erscheinen. Seine Vorzüge werden dem Kundigen ohne weiteres einleuchten.



Fig. 1.

Der Apparat (Fig. 1) stellt eine Art Flasche dar, deren Hals, wie die Touristen-Trinkbecher, zusammenschiebbar ist; unten befinden sich eine Spirituslampe (*l*) mit hermetisch schliefsendem Deckel und zusammenklappbare Beine. Um den Apparat in Funktion zu setzen, zieht man den Flaschenhals aus, giefst in die obere Öffnung (*o*) zirka 1/4 Liter Wasser, wartet nach Entzünden der Flamme, bis die Dampfentwickelung voll im Gange ist, und hängt an dem Stopfen (*s*) den auf ihn mit einigen Drehungen aufgesetzten Katheter hinein. Der Dampf steigt nun, die Aufsenseite des Katheters sterilisierend, nach oben, findet den Apparat verschlossen und kann ihn nur

[1]) Autoreferat nach dem Vortrage: „Über gonorrhoische Blasenleiden“, publiziert in der „Berl. klin. Wochenschrift“ 1902, Nr. 19 u. 20.

durch das Auge und durch das Innere des Katheters — dieses gleichzeitig sterilisierend — bezw. durch den durchbohrten Stopfen bei (*a*) verlassen. In 7 Minuten ist der Katheter dann sicher steril und gebrauchsfertig.

Vor allen anderen mir bekannten transportablen Dampf-Sterilisatoren hat der abgebildete voraus, dafs der Katheter darin frei schwebt, während er sonst stets (wie z. B. auch bei dem Ruprechtschen Apparate) auf einer heifsen Metallunterlage ganz oder teilweise aufliegt, was für die Lackschicht der Katheter sehr schädlich ist. Strömender Wasserdampf ist meines Erachtens nach, ungeachtet aller neueren Vorschläge, bisher das beste Sterilisationsmittel für elastische Katheter, weil es sie am wenigsten angreift und am bequemsten ist. Kochendes Wasser ruiniert bei häufigerer Anwendung die Instrumente schnell, und alle Zusätze, wie Ammonium sulfuricum und grofse Kochsalzmengen, welche empfohlen worden sind, um die schädigende Wirkung des kochenden Wassers aufzuheben, reizen gleich dem Formalin, wenn auch nicht so stark wie dieses, empfindliche Schleimhäute. Es kommt hinzu, dafs das Formalin die Lackschichten erweicht, während Ammonium sulfuricum sie in nicht allzulanger Zeit hart und unelastisch macht. Von Sublimat, Karbollösungen u. s. w. wird natürlich die Urethra in noch viel höherem Mafse gereizt; aufserdem vermögen sie nicht einmal das langgestreckte Rohr des Katheterinneren sicher keimfrei zu machen. Will man aber die anhaftenden Partikelchen chemischer Desinfektionslösungen oder der Zusatzmittel zum kochenden Wasser wieder entfernen, so mufs man aufser der eigentlichen Kochflüssigkeit noch abgekochtes Wasser ohne Zusatzmittel herstellen und läuft dann Gefahr, bei der Manipulation des Nachspülens die sterilen Instrumente wieder zu infizieren. Aus allen diesen Gründen erscheint mir die Verwendung von Wasserdampf immer noch als die zweckmäfsigste Methode zur Sterilisation elastischer Katheter, zumal wenn sie mit Hilfe einer so überaus einfachen Vorrichtung, wie der abgebildeten, geübt werden kann. Die sorgsame Sterilisation der elastischen Katheter, die gründliche Desinfektion des Orificium externum (mit Sublimatlösung 1,0 : 2000,0) und die Benutzung eines keimfreien schlüpfrigmachenden Körpers (am besten Glycerini puri 63,5, Acid. boric. pur. 9,0, Aq. dest. ad 75,0) genügen allen Anforderungen, welche man an eine rigorose Asepsis zu stellen berechtigt ist.

Die ganze einfache Vorrichtung, welche, wie ersichtlich, einen sehr geringen Raum beansprucht, ist in einer kleinen Segeltuch-

tasche (Fig. 2) enthalten, leicht transportabel und daher auch in der ambulanten Praxis ohne jede Unbequemlichkeit zu verwenden.[1])

Bei dieser Gelegenheit erachte ich mich für verpflichtet, bezüglich der Publikation von B. Goldberg „Die Kathetersterilisation. Historisch-klinische und experimentelle Studie" (Heft 7 und 8 des Bandes XIII dieses Blattes) einige Bemerkungen anzufügen. Herr Goldberg macht in der genannten Veröffentlichung eine Aufstellung derjenigen Apparate, deren Leistungsfähigkeit durch bakteriologische Versuche nicht geprüft wäre, und solcher, bei denen dieselbe erwiesen sei. Unter denjenigen Apparaten, deren Leistungsfähigkeit durch bakteriologische Versuche nicht geprüft sein soll, figurieren an erster Stelle meine Apparate. Demgegenüber habe ich zu erklären, dafs die Leistungsfähigkeit meiner Apparate durch eingehende bakteriologische Untersuchungen im Koch'schen Institut für Infektionskrankheiten und zwar in der Arbeits-Abteilung des damals noch am Institute wirkenden Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Brieger dargethan wurde. Der letztere geschätzte Forscher hatte die grofse Güte, mich hinsichtlich der Art des Vorgehens bei meinen Arbeiten mit seinen wertvollen Erfahrungen zu unterstützen, und seine beiden damaligen Assistenten, Herr Dr. Cohn und Herr Prof. Dr. Wassermann, waren mir bei der Ausführung der Versuche behilflich. In meiner Arbeit „Die Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Behandlung der Harnleiden" in Heft 7—9 der „Therapeutischen Monatshefte" (1894) handeln fast zwei Spalten mit der Überschrift „Bakteriologische Prüfung" ausschliefslich über diese Versuche. Ferner habe ich anläfslich einer Erwiderung im Januar 1899 in den „Therapeutischen Monatsheften" noch einmal, mit voller Namensbezeichnung des Institutes für



Fig. 2.

---

[1]) Der Fabrikant des Apparates ist F. & M. Lautenschläger, Berlin N., Oranienburgerstr. 54.

Infektionskrankheiten, auf meine Versuche hingewiesen. Die obige Behauptung des Herrn Goldberg ist hiernach unwahr, wie jeder durch Nachlesen der citierten Stellen sich überzeugen kann. Daher entbehren auch alle Folgerungen, welche Herr Goldberg aus seiner unrichtigen Behauptung zieht, der thatsächlichen Voraussetzung. Unter diesen Umständen wird es mir niemand verargen, wenn ich jede Diskussion mit Herrn Goldberg ablehne.

Nochmals zur Phloridzinreizung.

Von

Dr. **Oskar Pielicke**, Berlin.

Die Bemerkungen des Herrn Dr. Eugen Warschauer in den Monatsberichten für Urologie nötigen mich, auf meine Arbeit „Nierenreizung durch Phloridzin“ in diesem Centralblatt, XIII. Band, Heft 10, nochmals ausführlicher einzugehen.

Dafs ein so differentes Mittel wie das Phloridzin einmal eine Nierenreizung gemacht haben soll, nachdem es häufig gut vertragen wurde, ist für Herrn Dr. Warschauer so völlig indiskutierbar, dafs er lieber „Eulen nach Athen tragen“ möchte. Aber erleben wir nicht ähnliche Schädigungen gelegentlich bei allen neuen und alten Arzneimitteln? Übrigens finden sich in den Bemerkungen des Herrn Dr. Warschauer einige Ungenauigkeiten, welche für die Beurteilung des Falles wichtig sind.

Unmittelbar vor der Untersuchung enthielt der Urin nämlich nur „Spuren Albumen“; in den W.'schen Bemerkungen steht „mäfsig viel“. Erst 1/4 Stunde nach der Phloridzininjektion steigt der Albumengehalt mit dem ersten Auftreten von Zucker erheblich an, und man findet Epithelcylinder, die trotz 6 monatlicher Beobachtung im Krankenhaus sonst nie gefunden wurden. Da der Urin in diesem Moment noch kein „Blut“ erkennen läfst, kann der vermehrte Eiweifsgehalt meiner Ansicht nach auch schwerlich von „dem vermehrten Blutgehalt“ stammen, mit dem Herr Warschauer diese merkwürdige Thatsache zudeckt. Erst nach einer weiteren Viertelstunde wird der Urin beiderseits mit dem Einsetzen der höheren Zuckerausscheidung (1,2—1,5%) stark bluthaltig. Jeder Fachmann mufs doch eine doppelseitige Blutung zugeben, wenn sowohl „aus der rechten Niere durch den rechten Ureterenkatheter stark bluthaltiger Urin

kommt“ als auch „aus der linken Ureteröffnung neben dem eingeführten Ureterenkatheter blutig tingierter Urin in die Blase gespritzt wird“. Hier hat Herr W. das Versehen gemacht, dafs er statt rechte und linke Ureteröffnung dauernd rechte „referiert“. Kein Wunder, wenn sich daraus eine einseitige Blutung durch Trauma konstruieren läfst.

Der Kürze halber unterliefs ich in meiner Schilderung die Angabe, dafs sich der linke Ureterenkatheter sehr bald verstopft haben mufs; denn nachdem aus ihm nur wenig ccm ziemlich klaren Urins mit 1,2% Zucker aufgefangen war, tropfte keine Flüssigkeit mehr heraus. Da man auf der anderen Seite gerade jetzt Blut aus dem Ureterkatheter auffing, glaube ich persönlich, dafs der linke Ureterenkatheter plötzlich durch eine hochliegende Blutung verstopft worden ist. Es lag mir aber gar nichts daran, den Leser zu derartigen Folgerungen zu verleiten, deshalb notierte ich einfach, dafs der linke Ureter anfangs „nur wenig fast klaren Urin mit 1,2% Zucker“ durchgelassen hat, und fügte ehrlich hinzu, dafs ich die Blutung links nur cystoskopisch wahrgenommen habe. Nun wird das Herausspritzen von Urin neben dem Ureterenkatheter auch den Leser des W.'schen Referates nicht mehr wunder nehmen, denn wo soll der Urin dann bleiben? Dafs man den Katheter bei Blutung höher schiebt, imponiert mir nicht als besondere „Methode“, sondern als selbstverständlich.

„Dafs ich niemals beim Ureterenkatheterismus eine plötzliche Blutung bemerkt habe“, ist eine nicht zutreffende Deutung meiner Worte: Ich habe ohne Phloridzin niemals eine derartige, 3 Tage anhaltende Blutung mit Epithelcylindern beobachtet. Ich will trotzdem noch den Befund von Blutcylindern nachtragen, die mir weit weniger beweiskräftig schienen als die Epithelcylinder.

Nun noch zu der Frage: Lag hier vielleicht eine chronische Nephritis zu Grunde? Für die Beurteilung der Phloridzinwirkung ist dies keine Kardinalfrage, denn auch in diesem Falle läge eine Reizung vor. Der behandelnde Stationsarzt Dr. Richard Wolff glaubt auf Grund seiner über ½ jährigen Beobachtung dieser Patientin eine Nephritis verneinen zu müssen. Bei einer so hochgradigen Wanderniere wie bei der fraglichen Patientin sind wohl gelegentliche Spuren von Albumen mit ganz vereinzelten hyalinen Cylindern und einzelnen roten Blutkörperchen nichts Wunderbares. Ich folge daher in der

Diagnose lieber dem behandelnden Arzt als dem Herrn Dr. W., der den Fall überhaupt nicht untersucht hat und ihn trotzdem „höchstwahrscheinlich“ für eine Nephritis erklärt. Übrigens wurde die Patientin mit gutem Erfolg vom Oberarzt Dr. Hermes operiert: die rechtsseitig vorgenommene Nephropexie gab die Patientin wieder dem Leben und der Arbeit zurück. Nach schwerem Heben hat die Patientin jetzt, $^1/_2$ Jahr nach der Operation, wieder eine rechtsseitige Nierenkolik mit 38,9° Temperatur. Die Untersuchung des Urins in diesem Anfall ergab keine Cylinder und eine ganz leichte Spur Albumen. Auch wenn die Patientin aber nach 20 Jahren an Nephritis sterben sollte, käme man um die Thatsache der Phloridzinreizung nicht herum.

Zur Bestimmung kleinster Zuckergehalte durch Hefegärung.

Erwiderung auf Prof. Malfattis Arbeit im 10. Heft des Jahrg. 1902.

Von

Dr. **Th. Lohnstein** (Berlin).

Die letzte Publikation Prof. Malfattis zwingt mich, mit wenigen Worten nochmals auf den Gegenstand zurückzukommen.

In meiner ersten Entgegnung hatte ich das von Prof. Malfatti behauptete Vorkommen einer chemischen Bindung der Kohlensäure durch die Phosphate des Harns auf Grund eigens angestellter Versuche bestritten. In seiner neuen Arbeit bemüht sich nun Malfatti, mich durch ein neues Experiment zu widerlegen. In vergleichenden Bestimmungen sättigt er destilliertes Wasser und die früher benutzte Phosphatlösung mit Kohlensäure, treibt durch längeres Hindurchleiten CO_2-freier Luft die Kohlensäure wieder aus, fängt sie in einem mit $^1/_{10}$ Normallauge gefüllten Absorptionsapparat auf und bestimmt sie schliefslich durch Titration der letzteren. Dabei liefs sich aus den Phosphatlösungen mehr Kohlensäure gewinnen als aus dem destillierten Wasser, d. h. die ersteren hatten das Gas in stärkerem Mafse absorbiert. Was folgt nun aus diesem Versuchsergebnis? Meiner Ansicht nach durchaus nicht das, was Malfatti aus ihm schliefst! Um zu beweisen, dafs die Phosphatlösungen einen Teil der in sie gebrachten Kohlensäure chemisch binden, hätte er zeigen müssen, dafs durch physikalische Hilfsmittel nicht die gesamte eingeleitete Kohlensäure wieder zu erhalten ist, denn chemisch gebundene CO_2 läfst sich auf mechanischem Wege, wie durch Hindurchleiten von Luft, Schütteln, Auspumpen nicht wieder entfernen. Er hätte also zuerst die auf mechanischem Wege austreibbare CO_2 bestimmt und, nachdem dies geschehen, diese Prozedur nach Zusatz von Schwefelsäure wiederholt werden müssen. So hätte man direkt den etwa chemisch gebundenen CO_2-Rest erhalten. Malfatti ist, soweit aus seinen Mitteilungen zu ersehen, nicht in dieser Weise vorgegangen, und daher läfst sich aus seinen Versuchen vorläufig nur die Thatsache entnehmen, dafs die Lösungen mit dem Gas rein mechanisch übersättigt waren.

Wenn Herr Prof. Malfatti ferner dem Harn eine die Hefe lähmende Wirkung zuschreibt, so sprechen dagegen die Tausende von Traubenzuckerbestimmungen, die seit Jahrzehnten von zahlreichen Untersuchern nach einer der in dieser Zeit angegebenen Gärungsmethoden ausgeführt worden sind. Die lähmende Wirkung müfste sich schliefslich doch auch bei zuckerreichen Urinen zeigen und dazu führen, dafs aus ihnen weniger als die aus sonstigen Zuckerlösungen erhaltene Menge CO_2 (46,5—47% des vorhandenen Traubenzuckers) entwickelt wird. Das ist aber keineswegs der Fall, wie u. a. daraus folgt, dafs die Berechnung des densimetrischen Koeffizienten bei der aräometrischen Methode unter Zugrundelegung der Kohlensäure-Prozentzahl 47 genau zu den empirisch ermittelten Grenzzahlen dieses Robertsschen Faktors (214—230) führt. — Gegen die lähmende Wirkung des Harns auf die Hefe spricht auch eine mir mündlich von Dr. F. Goldmann mitgeteilte Beobachtung. Gelegentlich seiner Prüfung meines Gärungs-Saccharometers (mitgeteilt in den Berichten der „Deutschen Pharmac. Gesellschaft“ 1900, p. 344) stellte derselbe aus einem zuckerarmen Urin durch Verdampfen auf das Fünffache des ursprünglichen Volumens die gewünschte höhere Konzentration her; dieser Urin vergor nicht nur glatt unter Einwirkung gewöhnlicher Bäcker-Prefshefe, sondern ergab auch im Gärungs-Saccharometer genau den Wert, den man aus dem vorher ermittelten Zuckergehalte des Stammurins berechnen konnte. Also selbst der fünffach konzentrierte Harn zeigte nicht die Spur einer die Hefe schädigenden Wirkung.

Ein Teil der abweichenden Resultate Malfattis scheint mir darauf zu beruhen, dafs er bei seinen Versuchen viel weniger Hefe zusetzte als ich; unter 1% des zur Untersuchung benutzten Flüssigkeitsquantums bin ich mit der Hefemenge nicht herunter gegangen.

Meine neue Methode zur Bestimmung kleinster Zuckermengen, die auf der Benutzung einer Torricelleschen Leere beruht, hat Herr Prof. Malfatti, wie er selbst angiebt, nicht nachgeprüft, glaubt sie aber dennoch mit einem absprechenden Satze abthun zu dürfen (Seite 563, Z. 17—13 v. u.); ich habe keine Veranlassung, auf diese seine nicht näher begründeten Bemerkungen hier einzugehen.

Schlufswort

auf die vorstehende Erwiderung von Dr. Th. Lohnstein.

Ich will die Erlaubnis der Redaktion benutzen, und gegenüber den Ausführungen Herrn Lohnsteins über die Wechselwirkurg der Kohlensäure und der Phosphate, hinweisen auf das Bd. 12, S. 288 dieses Centralblattes Gesagte.

In Bezug auf die Beanstandung meiner Ansicht über die lähmende Kraft des Harns auf Hefe bitte ich doch Bd. 13, S. 565, dieses Centralblattes aufmerksam zu lesen: dafs die Hefe in Gegenwart reichlicher Mengen des für sie mächtigsten physiologischen Reizes — des Zuckers — sich anders verhält als ohne dieselbe, ist so bekannt, dafs ich es als Erklärung für die dort geschilderten Vorgänge nicht glaubte anführen zu müssen.

In Bezug auf die geringeren Hefemengen, welche ich anwendete, verweise ich auf die lange schon bekannte Thatsache, dafs es für genaue Untersuchungen notwendig ist, Hefemengen von nur der Hälfte des zu vergärenden Zuckers anzuwenden, um richtige Kohlensäurewerte zu erzielen.

Und damit halte ich die Sache meinerseits für abgethan.

Prof. Malfatti-Innsbruck.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

L'urobilinurie. Von A. Gilbert und M. Herscher. (La Presse méd. 1902, p. 843.)

Das feinste Reagens auf Urobilin ist das Rivasche, mittels Amylalkohol und ammoniakalischer Zinkchlorürlösung. Die Verff. konnten in vielen Hunderten von Versuchen trotz Urobilinurie niemals Urobilin im Blutserum oder in Ascitesflüssigkeit nachweisen, wohl aber fast konstant Gallenfarbstoffe in diesen Flüssigkeiten. Sie nehmen daher an, dafs Urobilin aus Gallenfarbstoffen in der Niere durch Reduktion oder Hydratation gebildet wird. Überliefsen sie eine Bilinurinlösung, der sie zerriebene Hunde- oder Kaninchennieren zugesetzt hatten, sich selbst, so konnten sie nach 48 Stunden in derselben Urobilin nachweisen, während eine Kontrolllösung ohne Zusatz von Nieren kein Urobilin aufwies. Wenn auch die Existenz einer Urobilinämie nicht geleugnet werden soll, so ist dies doch eine Seltenheit. Die Anwesenheit von Urobilin im Harn beweist das Vorhandensein einer Cholämie oft in Fällen, in welchen weder Ikterus noch Cholurie besteht. Aber es wäre verkehrt, aus dem Bestehen einer Urobilinurie auf eine Insufficienz der Leber schliefsen zu wollen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über eine Modifikation der Huppertschen Gallenfarbstoffreaktion. Von Dr. M. Nakayama. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 36, S. 398.)

5 ccm des Harns werden mit dem gleichen Volum 10 % Chlorbariumlösung versetzt, centrifugiert, und der durch einfaches Abgiefsen rein erhaltene Niederschlag mit 2 ccm einer Mischung von 99 Teilen Alkohol (95 %), 1 Teil rauchender Salzsäure und 4 ‰ Eisenchlorid übergossen und erhitzt. Der Alkohol färbt sich bei Anwesenheit von 0,0001 % Bilirubin im Harn schön grün, und auf Zusatz von gelber Salpetersäure violett und rot. Malfatti-Innsbruck.

Een Geval van pseudo-essentielle Hämaturie. Von J. Dorst. (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde 1902, S. 409.)

Ein 27jähriger Tabakarbeiter konsultierte D. vor zirka 1¼ Jahr wegen einer seit 8 Jahren bestehenden, von Zeit zu Zeit auftretenden und mehrere Wochen oder sogar Monate dauernden Hämaturie, die angeblich infolge eines Traumas (Fall) entstanden war. Der Patient ging

später zu einem Chirurgen, der die Cystotomie, aber ohne Erfolg, machte Nachdem auch die Cystoskopie kein Resultat ergeben hatte, wurde mittels des Downes schen Harnscheiders eine Blutung seitens der l. Niere festgestellt. Die l. Niere wurde hierauf freigelegt und mittels Sektionsschnittes keine makroskopischen Veränderungen an ihr wahrgenommen. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Nierenstückchens ergab indes eine chronische Glomerulonephritis. Die Niere selbst wurde tamponiert. Der Patient wurde nach zirka 6 Wochen als geheilt entlassen. Die Blutung ist seit über 3 Monaten nicht mehr wiedergekehrt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Extrauteringravidität und Hämoglobinurie. Von Tauber. (Prager med. Wochenschr. Nr. 36, 1902.)

Bei einer 35 jährigen Frau traten nach Heben einer Last plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib mit anschliefsender Ohnmacht auf. Zeichen schwerster Anämie. Dämpfung in den abhängigen Partien des Abdomens. Erholung in den folgenden Tagen. 3 Tage später Fieber und Schüttelfrost. Dunkelroter Urin; darin 7 $^0/_{00}$ Eiweifs. Blut chemisch und spektroskopisch nachweisbar. Die äufserst geringe Zahl von roten Blutkörperchen entsprach nicht der grofsen Blutmenge im Harn. Heilung.

von Hofmann-Wien.

Die quantitative Bestimmung des Harnstoffs nach Folin, und mit verdünnter Alkalilauge. Von Karl Arnold und Kurt Mentzel. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 36, S. 48.)

Über die quantitative Bestimmung des Harnstoffs im Harne. II. Mitteilung. Von Otto Folin. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 36, Heft 4.)

Die Folin sche Methode der Harnstoffbestimmung (Erhitzen des Harnes mit Magnesiumchlorid) wird von A. und M. als ungenau angetroffen. Die angewandte Harnmenge 3 ccm sei zu klein, weil jeder Abmessungsfehler viel zu sehr ins Gewicht falle, der Harnstoff werde nicht vollständig zersetzt, anderseits aber liefere Harnsäure, Hippursäure und Kreatin beim Kochen mit Magnesiumchlorid etwas Ammoniak. F. dagegen läfst zwar die Frage offen, ob Kreatin etwas Ammoniak liefere, bestreitet dies aber entschieden in Bezug auf Harn- und Hippursäure und widerlegt auch die übrigen Einwände A. und M.s. Man mufs das Kochen mit Magnesiumchlorid lange genug (am besten 45 Minuten) fortsetzen, durch geeignete Kühlaufsätze verhindern, dafs alle Salzsäure wegdunste, wobei Ammoniakverluste entstehen würden, und beim Abtreiben des gebildeten Ammoniaks mindestens eine Stunde lang destillieren. Das letztere ist notwendig, weil bei der Reaktion mit Magnesiumchlorid aus Harnstoff Cyanursäure entsteht, die nur durch langes Kochen allmählich, aber doch quantitativ zerlegt wird.

Malfatti-Innsbruck.

Über eine neue Methode der Harnsäurebestimmung. Von Jolles.

Adolf Jolles hatte in der Zeitschrift für physiol. Chemie, Bd. 29, S. 222, eine Methode der Harnsäurebestimmung angegeben, welche darauf

beruht, dafs die Harnsäure als Ammonurat ausgefällt, nach dem Vertreiben des Ammoniaks durch Magnesiumoxyd mit Permanganat in schwefelsaurer Lösung in Harnstoff übergeführt, und dafs die so erhaltene Lösung mit Bromlauge im Azotometer zerlegt wird.

Otto Folin und Phil. A. Shaffer (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 32, S. 552) kritisieren neben anderen Methoden der Harnsäurebestimmung auch die vorliegende. In allen Fällen, in welchen die Harnsäure als Ammonsalz gefällt werden soll, müssen vorher die Mukoide u. s. w. sorgfältig entfernt werden. Verf. empfehlen dazu eine Lösung von 500 g Ammonsulfat, 5 g Uranacetat, 60 ccm 10 $^0/_0$iger Essigsäure in 650 ccm Wasser; mit 75 ccm dieser Lösung werden 300 ccm Harn gefällt, nach 5 Minuten filtriert, und erst jetzt durch Zusatz von konz. Ammoniak die Harnsäure gefällt. Jolles gegenüber wird vorzugsweise auf die Unsicherheit der Zersetzung verdünnter Harnstofflösungen durch Bromlauge hingewiesen. Noch abfälliger lautet die Kritik, welcher Gabriel Mátrai (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 35, S. 205) das neue Verfahren von Jolles unterzieht. Die Antworten, welche Adolf Jolles (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 33, S. 524 und Bd. 36, S. 39) giebt, beschränken sich in der Hauptsache darauf, den Gegnern vorzuwerfen, dafs sie seine Versuchsbedingungen nicht auf das genaueste eingehalten hätten. Thatsächlich haben O. Makowka (Chem.-Ztg. Nr. 25, S. 1159) und Alfred Wogrinz (Österr. Chem.-Ztg. Nr. 5, S. 319), ebenso wie Jolles selbst, mit der neuen Methode richtige Resultate erzielt. Auch E. Richter (Zeitschr. f. analyt. Chemie, Bd. 41, S. 350) findet richtige Zahlen, die wie bei allen anderen Untersuchern etwas höher ausfallen, als nach der Methode Salkowski-Ludwig. Der Vollständigkeit halber sei bemerkt, dafs J. F. Tocher (British Pharm. Conference No 15, p. 161) ein ganz gleiches Verfahren beschreibt, wobei aber mit Chromsäure statt mit Permanganat oxydiert wird. Allen Beschreibungen nach ist das neue Jollessche Verfahren etwas länger, mühsamer und nur bei sorgfältigstem Arbeiten ebenso sicher als die bisher üblichen erprobten Methoden. Malfatti-Innsbruck.

L'influence des repas sur la composition de l'urine. Von Slosse. (Bull. de la soc. royale des scienc. méd. de Bruxelles 1901, p. 127.)

S. hat diese Versuche an sich und einigen andern Versuchspersonen gemacht. Es wurden die stündlichen Urinmengen untersucht und mit der Nahrung zuerst Jodkali, später Salol als Indikatoren des Beginns der Resorption gegeben. Diese Versuche bilden eine Bestätigung derjenigen Tschlenoffs, dafs nämlich die Ausscheidungskurve des Harnstoffs keinen regelmäfsigen Anstieg zeigt, sondern eine Reihe von Erhebungen, wovon die eine dem Mahle folgt und eine zweite deutlicher ausgeprägte zwischen der 4. und 7. Stunde nach dem Essen erscheint. Sie ist besonders deutlich nach einem proteïnreichen, weniger deutlich nach einem eiweifsarmen aber kohlehydratreichen Mahle. Die übrigen Harnbestandteile, die Chloride und Phosphate, haben jede ihre besondere von der Urinausscheidung unabhängige Kurve. Der zweite Anstieg der

Urkurve koïnzidiert mit dem ersten Erscheinen des Indikators im Urin, als Beweis für die Richtigkeit der Behauptung Tschlenoffs, dafs der erste Anstieg der Kurve der Absorption durch den Magen, der zweite der Absorption durch den übrigen Teil des Darmes entspricht.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über osmotische Analyse des Harns. Von Dr. Anton Steyrer. (Beiträge zur chem. Physiol., Bd. II, S. 312.)

Eine Reihe eingehender Analysen von Harnen von Nierenkranken und gesunden Personen, sowohl unter normalen Verhältnissen, als auch unter Beeinflussung der Nieren durch Änderung der Flüssigkeitszufuhr beziehungsweise Calomel- oder Digitalisgebrauch. Bestimmt wurde aufser Kochsalz, Ammoniak, Gesamtstickstoff und Kohlenstoff auch Gefrierpunkt und elektrische Leitfähigkeit. Trotz vieler interessanter Einzelheiten kommt Verf. zum Schlusse, dafs sich nur wenige allgemeine diagnostische Schlufssätze aus diesen Bestimmungen ableiten lassen, doch gestatten die physikalischen Methoden eine gröfsere Ökonomie der Analyse, indem sie eine Sonderbestimmung einer Reihe von Körpern ersparen, was besonders in die Wagschale fällt, wenn gleichzeitig Blut analysiert werden soll. Die beiden Nieren eines Individuums arbeiten gewöhnlich analog, wird jedoch der eine der Ureteren komprimiert, so arbeitet die Niere diesem Hindernis entgegen, indem sie reichlicher Harn produziert, gleichzeitig aber die festen Substanzen, speziell das Kochsalz, zurückhält. Malfatti-Innsbruck.

Über das Vorkommen und Bestimmung der Oxalsäure im Harn. Von W. Autenrieth und Hans Barth. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 35, S. 327.)

Verf. bestimmen die Oxalsäure durch Fällen des Harnes mit überschüssigem Chlorcalcium und Ammoniak, Lösen des nach 18—20stündigem Stehen gesammelten Niederschlages in konzentrierter Salzsäure und Weiterbehandeln der Lösung nach Salkowski (Ausschütteln mit Äther, Fällen des Rückstandes als Calciumoxalat, Glühen und Wägen. Vergl. Centralblatt, Bd. 11, S. 528). Im Harne des normalen Menschen finden sich stets 10—20 mg Oxalsäure, bei Tuberkulose und perniciöser Anämie wurden etwas höhere Werte gefunden, doch liegen zu wenig Untersuchungen vor (Ref. hat mit derselben Methode bei gesunden jungen Menschen höhere Oxalsäurewerte gefunden, als Verff. sie hier als pathologisch angeben, d. i. bis 47 mg pro die). Bei Kaninchen wurde eingeführtes oxalsaures Natron in Mengen von 1 g im Tage 10 Tage hindurch vollkommen resorbiert und fast vollständig im Stoffwechsel verbrannt.

Malfatti-Innsbruck.

Zur Frage der klinischen Bedeutung des Auftretens von Fäulnisprodukten im Harn. Von Blumenthal. (Charité-Annalen 1902, XXVI. Jahrg.)

Verf. hat den Nachweis von Fäulnisprodukten im Urin als diagnostisches Hilfsmittel bei bakteriellen Erkrankungen zu benutzen versucht.

Aus seinen Untersuchungen ergaben sich nachstehende Schlufsfolgerungen:

1. „Die quantitative Bestimmnng der Ätherschwefelsäure bietet klinisch keinen Vorzug gegen eine schätzungsweise Prüfung auf Indoxyl und Phenol.

2. Das Indoxyl ist vermehrt im Harn bei Stenosen im Dünndarm, bei Magen- und Darmblutungen und bei anderen bakteriellen Prozessen im Organismus (Abscefs, putrides Exsudat): häufig auch im Fieber. In allen diesen Fällen entsteht das Indoxyl durch bakterielle Thätigkeit.

3. Indoxyl kann aber auch durch Zellthätigkeit entstehen und ist dann der Ausdruck einer Stoffwechselstörung. Diese Stoffwechselstörung findet sich häufig neben Diabetes; sie kann aber auch selbständig auftreten; in letzterem Falle finden wir immer neben Indoxyl Glykuronsäure.

4. Das Phenol findet sich vielfach unter denselben Verhältnissen wie das Indoxyl. Es ist aber durchaus nicht immer ein Parallelismus zwischen Indoxyl- und Phenolausscheidung vorhanden. Phenolvermehrung ohne Indikanvermehrung deutet auf bakterielle Prozesse ohne Fäulnis hin.

5. Skatolkarbonsäure kann häufig in schweren Fällen von Tuberkulose nachgewiesen werden. Ihr Auftreten bei Magen- und Darmkarzinomen im Harn scheint nicht ohne diagnostische Bedeutung zu sein.

6. Die Ausscheidung von flüchtigen Fettsäuren ist nach kohlehydratreicher Nahrung vermehrt; im Fieber ist dieselbe vermindert. Bei Ikterus ist die Menge der flüchtigen Fettsäuren im Harn vermehrt, ebenso anscheinend bei Pneumonie nach der Krisis.

7. Wenn die Differentialdiagnose zwischen Angina und Diphtheritis schwankt, spricht Acetonurie gegen Diphtheritis.“ Dreysel-Leipzig.

A Possible Aid to the Discovery of Tubercle Bacilli in Urine. Von J. P. Bryson. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 391.)

Die Blase bildet oft ein wahres Reservoir für Tuberkelbazillen. Daher ist es zweckmäfsig, nachdem Urin gelassen worden ist, mittels eines dünnen sterilisierten Katheters den Residualharn mitsamt den im Katheter noch befindlichen Tropfen getrennt aufzufangen und auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. B. giebt 5 Krankengeschichten von Urogenitaltuberkulose, in welchen bei 3 im frischgelassenen Urin wenige, bei 2 Fällen überhaupt keine Tuberkelbazillen gefunden werden konnten, während die Residualharne ausnahmslos ganz bedeutende Mengen dieser Mikrobien aufwiesen. Diese Erscheinung ist nicht nur von diagnostischer, sondern auch von therapeutischer Wichtigkeit, da sie uns den Weg zeigt, bei primärer Tuberkulose eines anderen Organs eine Infektion der Blase möglichst zu verhüten. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Glykosurie und Tabes. Von Ernst Meyer. Münch. med. Woch. 1902. Nr. 37.

In dem beschriebenen Tabesfall war nachträglich eine Glykosurie aufgetreten. Da sich dieselbe als ganz unabhängig von der Kohlehydrataufnahme erwies und die Assimilation von Kohlehydraten (Versuch, ali-

mentäre Glykosurie mittels Traubenzuckers herbeizuführen, negativ) gar nicht alteriert war, dürfte der Diabetes nicht durch primäre Stoffwechselanomalien, sondern durch tabische Veränderungen am Boden des IV. Ventrikels herbeigeführt worden sein. von Notthafft-München.

The diagnosis of diabetes mellitus and the urinary findings in this disease. Von Edsall. ((Medicine Detroit. Octob. 1902.)

Während unter gewöhnlichen Verhältnissen bei schweren Formen des Diabetes mellitus die Diagnose der Erkrankung eine leichte ist, giebt es Fälle von leichterem Diabetes, bei denen keines der typischen subjektiven Symptome vorhanden ist, und selbst bei schweren Formen kann eines oder das andere, ja selbst alle, fehlen. Von besonderer Wichtigkeit für die Diagnose der schweren Formen ist die Abmagerung und die Muskelschwäche. Des weiteren bespricht E. die verschiedenen Methoden des Nachweises von Zucker, Aceton und Acetessigsäure und die Bestimmung der Oxybuttersäure und des Ammoniakgehaltes des Urins von Hofmann-Wien.

Über das Wesen des Diabetes. Von Hess. Münch. medizinische Wochenschrift 1902. Nr. 35.

Die Arbeit ist eine Zusammenstellung der verschiedenen Diabetestheorien und zeigt, wie weit wir noch davon entfernt sind, Sicheres, Allgemeingültiges zu wissen. von Notthafft-München.

Weitere histologische Untersuchungen des Pankreas bei Diabetes mellitus. Von Weichselbaum und Stangl. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 38, 1902.)

Die Verff. sind der Ansicht, dafs die bisherigen Untersuchungen über die Veränderungen der Langerhansschen Inseln bei Diabetes mellitus sehr zu Gunsten der Theorie sprechen, dafs diese Inseln bei der Umsetzung der Kohlehydrate im Organismus eine hervorragende Rolle spielen und dafs der Pankreasdiabetes durch eine Erkrankung derselben verursacht werden kann. Doch sei dieser Zusammenhang zwischen Langerhansschen Inseln und Diabetes noch nicht mit voller Sicherheit nachweisbar, weshalb die Untersuchungen fortgesetzt werden müfsten.

von Hofmann-Wien.

Réactions chromatiques des globules du sang des diabétiques. Von Le Goff. (Acad. des scienc., Mai 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 466.)

Während normaliter rote Blutkörperchen sich mit sauren Anilinfarbstoffen färben, färben sie sich beim Diabetes mit basischen. Wie Verf. nun feststellte, indem er Zuckerlösung normalem Blut zusetzte, oder sie intravenös injizierte, beruht diese Erscheinung auf einer Verbindung des Hämoglobins mit Traubenzucker.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

2. Nieren.

Toxicité de la substance rénale et néphrotoxines. Von J. Castaigne und F. Rathery. (La Presse méd. 1902, p. 771.)

Injiziert man Kaninchen die Emulsion einer Meerschweinchenniere in physiologischer Kochsalzlösung intraperitoneal, so gehen die Tiere innerhalb weniger Wochen zu Grunde unter allgemeiner Abmagerung und beträchtlicher Albuminurie. Die Nieren zeigen hochgradige parenchymatöse Veränderungen der Tub. contorti, die inselförmig ergriffen sind. Auch die Gefäfse zeigen end- und periarteritische Veränderungen. Das übrige Nierengewebe ist unverändert.

Nach den Versuchen von Hulot und Ramont ruft intraperitoneale Injektion von Nierenemulsion derselben Tierspezies eingespritzt gleichfalls Degeneration der Tub. contorti hervor, wenn auch in geringem Mafse.

Injiziert man einem Tiere seine eigene Niere, die man durch Nephrektomie gewonnen hat, in Form einer Emulsion intraperitoneal, so geht auch dieses Tier marastisch und albuminurisch zu Grunde. Doch sind die Läsionen der Tub. contorti geringer als im ersten Falle.

Injiziert man einem Kaninchen Nierenemulsion und spritzt nun 1—5 Tage später Serum dieses Tieres (autotoxisches Serum) einem andern Kaninchen in die Venen oder unter die Haut, so magert auch dieses Tier ab und wird albuminurisch. Doch sind die Läsionen der Tub. cont. geringer als im ersten und dritten Falle.

Injiziert man Kaninchen Meerschweinchennierenemulsion und spritzt das Serum der Kaninchen (heterotoxisches Serum) Meerschweinchen unter die Haut oder die Venen, so treten dieselben Veränderungen wie im vorigen Falle ein, doch zeigen auch die Tub. recti und Glomeruli geringe Läsionen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Polycystisch entartete Niere als Geburtshindernis. Von J. Kirchner. (Pest. med.-chir. Presse 1902, S. 937.)

K. gelang es nur unter den allergröfsten Schwierigkeiten, die 38-jährige XIIpara durch Extraktion von einer 3550 g schweren weiblichen Frucht zu entbinden, die dann bald nach der Geburt starb. Der Bauchumfang des Fötus betrug in der Nabelgegend 43 cm. Die r. Niere, 16 cm lang und 10 cm breit, war ebenso wie die nur wenig kleinere linke polycystisch degeneriert. Die Ureteren waren in solide Stränge verwandelt, die im Peritonealgewebe verschwanden. Weder Harnblase noch Harnröhre vorhanden. Als weitere Abnormitäten bestanden an beiden Händen je 6 Finger und ein linksseitiger Klumpfufs.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

On heredity in bilateral cystic kidney. Von W. Ossler. (Amer. Med. 1902, 7. Juni.)

Verf. hat aufser den 2 von ihm bereits publizierten Fällen noch

einen dritten Fall von doppelseitiger Cystenniere beobachtet. Die Diagnose war ermöglicht durch doppelseitigen Tumor, Veränderungen der Herzklappen und recidivierende Hämaturie. Der Kranke war 39 Jahre alt. Die Mutter war an derselben Krankheit zu Grunde gegangen. Soweit sich feststellen liefs, bot kein weiteres Mitglied der Familie diese Affektion dar. Dreysel-Leipzig.

Über den Fettgehalt von Niereninfarkten. Von F. Fischler. (Virchows Arch., 170. Bd., 1902, S. 100.)

Dieser Untersuchung lagen als Material teils Niereninfarkte beim Menschen, teils artefiziell bei Kaninchen durch Arterienligierung oder intraarterielle Weizengriesinjektionen erzeugte zu Grunde. Das Auftreten von Fett steht in Zusammenhang mit einer gewissen Saftströmung, deren häufigste die Blutzirkulation selbst ist, zu der aber nicht minder auch Lymph- und Diffusionsströme beitragen, und es tritt nur dort auf, wo eine Saftströmung besteht. Weiter tritt Fett nur in noch lebenden Zellen auf, abgestorbene verfetten nicht, wenn auch für die lebenden Zellen eine gewisse Degeneration Vorbedingung ist. Es verfetten zuerst die Schleifenepithelien, später die Tubuli contorti, dann die Ausführgänge und schliefslich das Zwischengewebe. Zur Annahme einer Entstehung von Fett aus Eiweifs innerhalb der Zelle haben diese Versuche nichts beigetragen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Puërperal eclampsia in the light of thyreoid inadequacy and its treatment by thyreoid extract. Von Nicholson. (Brit. Med. Journ. 11. Oct. 1902.)

N.s Ansicht über das Wesen der Eklampsie ist folgende: Bei einer Anzahl von Schwangeren wird aus bis jetzt unbekannten Gründen plötzlich oder allmählich die Zufuhr von Thyreoidin zu den Geweben eine ungenügende. Infolgedessen finden toxische Substanzen ihren Weg in den Blutkreislauf. Da diese Toxine gefäfskontrahierend wirken, so führen sie zu Störungen der Nierensekretion, selbst zu Anurie. Infolgedessen kommt es zu Konvulsionen. Da nun Thyreoideaextrakt gefäfserweiternde Wirkung besitzt, so ist es ein wertvolles Heilmittel bei Eklampsie, da durch dasselbe der Spasmus der Nierenarterien aufgehoben und die normale Sekretion bald wiederhergestellt wird.

von Hofmann-Wien.

Can we by modern methods anticipate impending attacks of puerperal eclampsia? Von Rothrock. (St. Paul Med. Journ. Oct. 1902.)

Der Urin soll in den letzten Monaten der Schwangerschaft mindestens wöchentlich untersucht werden, da man bei Anzeichen einer leichten Niereninsufficienz die Kranke prophylaktisch behandeln und so das Auftreten der Eklampsie entweder ganz verhüten oder ihre Gefahr verringern kann. Von besonderer Wichtigkeit ist die Bestimmung des spezifischen Gewichtes, sowie des Gefrierpunktes.

von Hofmann-Wien.

Néphrite et éclampsie. Von Porak. (Soc. d'obstétr. de Paris 19. Juni 1902.)

P. demonstriert die Nieren einer an Eklampsie trotz intravenöser Seruminfusion gestorbenen Frau. Diese Organe zeigen hochgradige schon seit lange bestehende Veränderungen (Schrumpfniere). Die Patientin hatte nicht uriniert.

Bar läfst statt der Seruminjektionen die Patienten viel Wasser, alle 2 Stunden, trinken. Die Methämoglobinurie ist immer ein ungünstiges Zeichen, da sie auf eine hochgradige Zerstörung der roten Blutkörperchen während des Anfalls hindeutet.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Néphrite syphilitique secondaire suraiguë terminée par la mort malgré le traitement mercuriel. Von A. Chauffard und F. X. Gourand. (La Presse méd. 1902, p. 639.)

Ein 47jähriger Metzger, der seit 1 Jahr trotz spezifischer Behandlung an stets recidivierenden sekundär luetischen Erscheinungen litt, mufste wegen Anurie sowie Anasarkas der unteren Körperhälfte das Krankenhaus aufsuchen. Trotz Injektionen von Hydr. bijod. und später von Hg. oxycyan. verschlechterte sich das Befinden des Kranken nach vorübergehender Besserung, und er starb unter den Erscheinungen des Marasmus und der Anurie nach zirka 4 Wochen. Die Untersuchung des Urins während des Krankenhausaufenthalts ergab 14 Tage lang ein Steigen des Harnstoffs von 10 auf 29 g, dann plötzliches Absinken bis auf 2 g. Die kryoskopische Untersuchung erwies anfangs eine vaskuläre Insufficienz, dann eine der Epithelien. Die Methylenblauprobe ergab eine ausgesprochene Impermeabilität, da der Farbstoff erst nach 5 Stunden ausgeschieden wurde und die Ausscheidung 5 Tage andauerte. Die Albumenausscheidung war sehr bedeutend und betrug einmal 68 g pro Liter. Die Autopsie ergab makroskopisch grofse weifse Nieren und mikroskopisch eine tiefgreifende Degeneration fast des ganzen Parenchyms mit leichter End- und Periarteriitis, aber ohne Amyloid.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Uremic paralyses. Von McCarthy. (Internat. Med. Magaz. September 1902.)

Lähmungen mit oder ohne Konvulsionen können sich als Manifestation der urämischen Vergiftung bei jeder Form der Nephritis finden, doch sieht man sie am häufigsten bei chronischen Formen, besonders bei der chronischen interstitiellen Nephritis. Die Lähmung kann verschiedene Muskelgruppen betreffen, doch findet sich am häufigsten der hemiplegische Typus. Die Sensibilität ist in der Regel erhalten. Die Differenzialdiagnose zwischen urämischer Hemiplegie und cerebraler Hämorrhagie ist immer sehr schwer und manchmal unmöglich. Sehr wichtig ist die Erkenntnis einer früheren Nierenerkrankung. Aufserdem wird man bei sorgfältiger Beobachtung doch zeitweise Bewegungen des gelähmten Körperteiles bemerken, ein Symptom, auf welches McC. besonders aufmerksam macht.

von Hofmann-Wien.

On the use of morphia in uraemia. Von Carter und Edgeworth. (The Bristol Med. Chir. Journ., Sept. 1902.)

Ein 60jähriger Mann kam mit Erscheinungen einer chronischen Nierenerkrankung in Behandlung. Im Urin Eiweifs, geringes spezifisches Gewicht. Harnmenge etwas vermehrt. Allgemeinbehandlung. 3 Monate später wurde der Patient von urämischem Coma und Konvulsionen bei fallen. Auf einen Aderlafs stellte sich Besserung ein, die durch 2 Tage anhielt. Nach Ablauf dieser Zeit aber setzten wieder Delirien ein. Es wurde zunächst ohne Erfolg Brom gegeben, dann ein Dampfbad und schliefslich 0,015 Morphin subkutan, welche Dosis noch 3 mal wiederholt wurde. Am nächsten Tage waren alle urämischen Erscheinungen verschwunden. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung wiederholten sich mehrere Male die urämischen Anfälle, konnten aber jedesmal mit Erfolg durch Morphin behandelt werden. von Hofmann-Wien.

Acute non suppurative perinephritis. Von Stewart. (Brit. Med. Journ. 27. Sept. 1902.)

Ein 42jähriger Mann klagte seit einigen Monaten über Schmerzen in der rechten Lende. Seit 2 Tagen waren diese Schmerzen sehr heftig. Man fand in der rechten Lende eine harte, nicht fluktuierende Masse von der Gröfse einer Kokosnufs. Temperatur normal. Im Urin nichts Abnormes. Behandlung mit heifsen Umschlägen und Narkoticis. Da keine Besserung eintrat, wurde der Kranke nach 3 Wochen ins Spital geschafft und eine Incision über dem Tumor gemacht. Man stiefs auf eine dicke Schicht entzündlichen Gewebes, welches die Niere, die keine pathologischen Veränderungen zeigte, umgab. Eiter war nirgends zu finden. Drainage. Heilung. von Hofmann-Wien.

Über traumatische Nephritis. Von H. Curschmann jr. Münch. med. Wochenschr. 1902. Nr. 38.

Ein Arbeiter war durch einen Stofs in die Bauchgegend schwerverletzt worden. Es war darauf zuerst Anurie, später schmerzhafte Oligurie und Poikilurie aufgetreten. In der rechten Nierengegend hatte sich eine kopfgrofse Geschwulst entwickelt, welche noch nach 4 Wochen, wenn auch in verkleinertem Umfang, palpabel war. Krankenlager 4—6 Wochen. Der Urin war nicht untersucht worden. $^5/_4$ Jahr später wurde bei dem Patienten zum ersten Male Eiweifs in geringster Menge nachgewiesen. Wieder 1 Jahr später fand man bei dem als Unfallspatient Untersuchten konstant $^1/_2$ % Eiweifs und spärliche hyaline und granulierte Cylinder. Verf. neigt der Ansicht zu, dafs es sich um eine im Anschlufs an das Trauma erst entstandene Nephritis handelt. Er bespricht die Gutartigkeit dieser in cirkumskripten Herden auftretenden Nephritis, welche aller anderen Nephritissymptome aufser den genannten in der Regel entbehre, und ihre übrige Klinik. von Notthafft-München.

The significance of intraocular lesions associated with albuminuria. Von Pyle. (Internat. Med. Magaz. Sept. 1902.)

Nierenerkrankungen können mit Iritis, Chorioiditis, Cataracta und

Augenmuskellähmungen verbunden sein, jedoch die Läsionen von gröfster prognostischer Wichtigkeit sind die urämische Amaurose, die Retinitis albuminurica und die Neuritis optica. Während nun die urämische Amaurose sich hauptsächlich bei akuten Prozessen findet und ihre Prognose im allgemeinen eine günstige ist, ist die Prognose bei Retinitis und Neuroretinitis quoad vitam eine sehr ungünstige. Nur wenn die Retinitis einseitig ist, was allerdings nur selten vorkommt, gestaltet sich die Prognose günstiger. von Hofmann-Wien.

Electricity in chronic Brights disease. Von Rockwell. (Internat. Med. Magaz. Sept. 1902.)

R. behandelt seit 6 Jahren zahlreiche Patienten mit Morbus Brightii elektrisch und hat bei einigen sehr gute Erfolge erzielt. Er mufs es allerdings dahingestellt sein lassen, ob es sich in den geheilten Fällen um wirklichen Morbus Brightii und nicht vielleicht um eine passive Hyperämie handelte. Was die Anwendungsweise der Elektrizität betrifft, so erwiesen sich hochgespannte faradische Ströme und die statische Elektrizität am vorteilhaftesten. von Hofmann-Wien.

The Diagnosis of Renal Calculus. Von A. B. Johnson. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, S. 280.)

Von 126 Patienten, die mittels X-Strahlen untersucht wurden, konnten bei 26 Nierensteine nachgewiesen werden. In einem positiven Falle ergab die Operation, dafs kein Stein vorhanden war, in einem anderen Falle, wo das Bild keinen Stein aufwies, ging ein solcher per urethram ab. Uratsteine sind aufserordentlich schwer mittels Radiographie nachweisbar. Glücklicherweise haben sie gewöhnlich einen Zusatz von Oxalat und sind daher sichtbar. Der kleinste Stein, der nachgewiesen werden konnte, wog nur 0,03 g.

F. T. Brown behandelte einen 60jährigen Mann wegen Schmerzen in der Prostatagegend, die durch Massage vorübergehend gebessert wurden. Die auf Wunsch des Patienten vorgenommene Radiographie ergab einen kleinen Stein in dem r. Ureter und einen Stein im l. Ureter. Bei einer Patientin, die von B. vor 3 Jahren nephrotomiert worden war, ergab die Radiographie, dafs ein bei der Operation nachgewiesener Stein im Ureter noch an derselben Stelle steckte. Bei einem zirka 50-jährigen Patienten mit typischen Steinsymptomen konnte mittels X-Strahlen kein Stein gefunden werden, die Operation ergab aber einen Stein in der r. Niere. Auch Bierhof kennt einen Fall, in welchem mittels Radiographie mehrere thatsächlich vorhandene Nierensteine nicht gefunden werden konnten. Brown empfiehlt, einen Metallknopf ins Rektum einzuführen, um Uretersteine besser lokalisieren zu können.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Detection of Stone in the Kidney by X-Rays. Von J. Bell. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, S. 374.)

Eine 42jährige Frau litt seit zirka 4 Jahren an wiederholten Kolik-

anfällen in der r. Seite, aber ohne Veränderungen im Urin. Mittels Radiographie wurde ein kleiner ovaler Stein in der unteren Nierenhälfte nachgewiesen, der dann durch Operation entfernt wurde.

In der Diskussion berichtet Ch. H. Chetwood über einen bejahrten Mann, der an häufigem Harndrang mit trübem Urin litt, aber ohne Steinsymptome, bei welchem gleichfalls ein Stein im Nierenbecken mittels X-Strahlen nachgewiesen wurde, der dann operativ beseitigt wurde. T. Brown weist darauf hin, dafs Uretersteine oft mit Phlebolithen verwechselt werden können. Zur Differentialdiagnose dient dann der Katheterismus. W. T. Belfield beobachtete gleichfalls einen Patienten, der die Erscheinungen einer schweren Infektion der Blase und Prostata dars bot, bei welchem die Radiographie Steine im Ureter ergab. Er liefs ihn Glycerin mehrere Tage lang einnehmen, worauf die Cystoskopir Steintrümmer in der Blase nachwies, die dann durch Sectio perinealis entfernt wurden. J. P. Bryson und Ch. H. Chetwood berichten übe- negativen Ausfall der Radiographie bei Vorhandensein von Uratsteinen in der Niere oder dem Ureter. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

De l'ectopie congénitale du rein (considérations chirurgicales.) Von Delore. (Revue de Chir. Nr. 9, 1902.)

Als Unterschied gegenüber der erworbenen Nierenektopie hebt D. folgende Momente hervor:

1. Die kongenitale ektopische Niere ist in ihrer Stellung befestigt, ohne dafs man auch nur eine Spur von Entzündungserscheinungen bemerken könnte.

2. Die Gestalt der kongenital ektopischen Niere ist selten normal, meist ist sie hochgradig verändert.

3. Die Arterien der kongenital ektopischen Niere sind mehrfach und entspringen getrennt aus den benachbarten Arterienstämmen.

4. Bei der angeborenen Nierenektopie ist der Ureter immer kürzer als normal.

Des weiteren schildert D. eingehend die Symptome dieses Leidens. Was die Therapie betrifft, so ist bei hochgradigen Beschwerden die einzig rationelle chirurgische Behandlung die Nephrektomie auf transperitonealem Wege. von Hofmann-Wien.

Die Nephrotomie und ihre Folgen. Von O. Langemak. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd., 1902, S. 104)

L. durchtrennte bei 75 Kaninchen durch einen quer zur Längsachse der Niere geführten, Rinde und Mark hinten und vorn treffenden Schnitt die l. Niere, ferner bei 3 Tieren die Niere durch einen Sektionsschnitt, die er dann wieder vernähte und unter Schliefsung der Wunde reponierte. Es ergab sich, dafs bei genügender Tiefe jeder an beliebiger Stelle in die Niere, gleichgültig in welcher Richtung, geführte Schnitt einen Infarkt erzeugt, dessen Gröfse der der durchtrennten Arterie entspricht. Dadurch geht aber durchschnittlich ein Viertel des Nierenparenchyms zu Grunde. Ferner wurden bei 13 Tieren Konkremente im Nieren-

becken oder im Ureter gefunden. Daraus geht hervor, dafs die Nephrotomie kein harmloser Eingriff ist. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über Hydronephrosis intermittens. Von J. Michalski. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 1902, S. 201, 465 und 735.)

Die aufserordentlich umfangreiche Arbeit enthält 9 bisher noch nicht veröffentlichte Krankengeschichten, die fast ausschliefslich der Klientel Krönleins entstammen. Abgesehen von einem 23jährigen Manne waren die sämtlichen übrigen 8, kranke Frauen (2 unverheiratete) im Alter von 22 bis 72 Jahren. In einem Fall war die Ursache der Hydronephrosis ein Phosphatstein, nach dessen spontanem Abgang Heilung eintrat; in den übrigen Fällen war Ren mobilis die Ursache. Die Affektion war 2 mal links- und 7 mal rechtsseitig. In einem Fall wurde durch Diät und passende Leibbinde eine Besserung erzielt, in 5 Fällen wurde durch Nephropexie nach Guyon, in einem Fall durch Nephrektomie (wegen Pyonephrose) und in einem Fall durch Nephrolithotomie und Nephrostomie ohne einen Todesfall Heilung erzielt. Im letzterwähnten Falle, bei einer 72jährigen Frau, die schon seit 30 Jahren krank war, wurden 316 Steine, Urate und Phosphate aus dem Nierenbecken entfernt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales. Von Pousson. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1902, No. 5, 6, 7.)

Verf. vervollständigt das vorhandene Material über chirurgische Eingriffe bei Nephritiden. Er giebt an der Hand ausführlicher Krankengeschichten seine persönlichen Erfahrungen und die anderer Autoren wieder. Im ersten Abschnitt behandelt er die chirurgischen Eingriffe bei akuter, im zweiten bei chronischer Nephritis, bei Morbus Brightii. Er beschreibt 23 Fälle, darunter 4 eigene, in denen bei akuter Nephritis operiert wurde. 2 Todesfälle als direkte Folge der Operation stehen 18 Heilungen gegenüber. Er bevorzugt die Nephrotomie vor der Nephrektomie. Durch erstere erziele man: Beseitigung der Kongestion, Antisepsis und Drainage der Niere. Er hält die Operation für angezeigt, wenn die Symptome bedrohlich werden und die innere Medikation versagt. Er nimmt an, dafs die Nephritis oft unilateral ist und dafs es in diesen Fällen meist nicht schwer fällt, zu bestimmen, welche von beiden Nieren die kranke ist.

In dem Abschnitt über chronische Nephritis stellt er 33 Fälle, darunter 8 eigene, zusammen, in denen meist mit sehr gutem Erfolge operiert wurde, während 2 Todesfälle zu verzeichnen sind. Auch die chronische Nephritis ist nicht immer bilateral, so dafs eine beiderseitige Operation nicht in allen Fällen nötig ist. Zudem hat es sich gezeigt, dafs bei doppelseitiger Erkrankung trotz nur einseitiger Operation auch die andere, nicht operierte Niere infolge des sogenannten renorenalen Reflexes günstig beeinflufst wurde. Die hauptsächlich in Betracht kommende Operation ist auch hier wieder die Nephrotomie und nach Edebohl die Dekortikation der Niere. Der Erfolg zeigte sich nicht

nur in der raschen Beseitigung bedrohlicher Symptome, sondern in mehreren Fällen in völliger Heilung mit allmählichem gänzlichen Schwund der Albuminurie und der Cylinder. Zum Schlusse giebt Verfasser Theorien über die Wirkungsweise der Operation. Es handelt sich wohl in erster Linie um die Beseitigung der intrarenalen Hypertension. Diese kommt zu stande durch die Hyperämie, die Proliferation der Epithelien und des Bindegewebes und durch Exsudate, so dafs die Niere in ihrer Kapsel, die sich nicht ausdehnen kann, zusammengeprefst wird und dafs allmählich durch Kompression eine wachsende Störung der Cirkulation und Innervation eintritt. Vergleichsweise werden die Verhältnisse beim Glaukom des Auges herangezogen. So erklärt sich die rasche Besserung der bedrohlichen Symptome, sobald durch Nephrotomie für Entspannung des Gewebes gesorgt wird. Die Beseitigung der Kapsel soll bewirken, dafs auch in Zukunft der hohe Druck nicht wieder eintreten kann.

Schlodtmann-Berlin.

The surgical Treatement of Brights Disease. Von R. Guiteras. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, S. 385.)

G. hat zwar selbst 2 Patienten wegen dieser Affektion operiert, aber die Zeitdauer der Beobachtung ist eine zu kurze, um über sie berichten zu können. Aus der Litteratur ergiebt sich aber folgendes: Bei einer Wanderniere mit Brightscher Krankheit wird eine Besserung durch Nephropexie erzielt. Eine einseitige Nephritis mit Nephralgie und Hämaturie kann durch Nephrotomie erheblich gebessert werden. Über den Wert der doppelseitigen Nierenkapselspaltung und -entfernung liegen noch nicht genügend positive Erfahrungen vor.

O. Horwitz hat 4 Patienten, die an chronischer Nephritis litten, wegen Verdachts auf Steine operiert. Bei einem wurde die Kapsel, bei den drei anderen die Niere gespalten, ohne aber Steine zu finden. Alle vier heilten, und die Nephritis verschwand vollständig.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Two cases of nephrectomy for sarcoms of the kidney in children with operative recoveries. Von Le Conte. (Therap. Gazette, Sept. 15. 1902.)

1. Bei einem 3jährigen Knaben zeigte sich seit zwei Monaten eine rasch zunehmende Schwellung des Abdomens. Bei der Untersuchung fand man fast die ganze rechte Seite des Unterleibes von einem unregelmäfsig geformten Tumor von harter Konsistenz eingenommen, der keine respiratorische Verschieblichkeit zeigte und mit der Abdominalwand nicht in Verbindung stand. Transperitoneale Nephrektomie. Nach der Entfernung des Tumors sah man in der Wundhöhle zahlreiche sarkomatöse Drüsen. Da eine Entfernung derselben nicht möglich war, wurde die Operation beendet. Der Patient erholte sich von der Operation vollständig, und erst 5—6 Monate später konnte man wieder ein Recidiv konstatieren. Der entfernte Tumor wog $1^1/_2$ kg und erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Adenosarkom.

2. Bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen zeigte sich seit einem Jahr zunehmende Schwellung des Abdomens, welche durch einen grofsen, respiratorisch nicht verschieblichen Tumor in der rechten Flanke bedingt war. Transperitoneale Nephrektomie. Auch in diesem Falle mufste die Operation massenhafter Drüseninfiltrationen halber unvollendet gelassen werden. Das Kind erholte sich zunächst von der Operation, begann aber dann bald zu verfallen und starb $1^1/_2$ Monat nach dem Eingriffe. Der entfernte Tumor wog $1^1/_4$ kg und erwies sich als ein Rundzellensarkom. von Hofmann-Wien.

Report of three rare operations upon the urinary organs: 1. Hypernephroma of the kidney, nephrectomy. 2. Papillary carcinoma of the pelvis of the kidney; nephrectomy. 3. Stone in the left ureter; extraperitoneal operation; removal of the stone. Von Babcock. (American Gynecology, July 1902.)

1. Eine 24jährige Frau bemerkte seit 8 Monaten einen Tumor in der rechten Seite. Es wurde die Diagnose auf Nierensarkom gestellt und die lumbare Nephrektomie vorgenommen. Heilung. Der Tumor erwies sich als ein Hypernephrom, welches den oberen Teil der Niere einnahm.

2. Eine 61jährige Frau litt seit einem Jahre an Hämaturie und Nierenkoliken. Durch Ureterenkatheterisation konnte man konstatieren, dafs das Blut aus der rechten Niere stammte. Die Niere wurde auf lumbarem Wege blofsgelegt und untersucht. Man fand statt des erwarteten Steines einen Tumor, welcher die obere Hälfte der Niere einnahm. Das Organ wurde daher entfernt. Die Patientin blieb zunächst durch drei Monate gesund und starb dann unter Erscheinungen einer Erkrankung der Brustorgane. Sektion nicht gestattet. Der Tumor erwies sich als ein papilläres Karzinom des Nierenbeckens.

3. 35jähriger Mann, der seit zwei Jahren an linksseitigen Nieren koliken litt. Durch Röntgenuntersuchung konnte man einen Stein im linken Ureter nachweisen. Es gelang, den Stein von vorn her extraperitoneal zu entfernen. Er bestand der Hauptsache nach aus oxalsaurem Kalk. von Hofmann-Wien.

The importance of urinary analysis in phthisis. Von Solly. (Internat. Med. Magaz. Sept. 1902.)

S. weist darauf hin, dafs in jedem Falle von Lungentuberkulose sowohl im Beginne, als auch im fortgeschrittenen Stadium der Urin von Zeit zu Zeit untersucht werden soll, da im Verlaufe dieser Erkrankung nicht selten Affektionen der Nieren auftreten. von Hofmann-Wien.

Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. Von H. Renard-Dethy. (Le Scalpel 1902, 26. Jan.)

Verf. bespricht den Mechanismus einer tuberkulösen Infektion der Niere. Bei der Diagnose sind Cystoskopie und Katheterismus der Ureteren von besonderer Wichtigkeit. Die Nephrektomie ist nach Verf. der einzige

zuverlässige Eingriff. Kontraindiziert ist jeder Eingriff, wenn die andere Niere mit erkrankt, oder nicht genügend funktionsfähig ist.

Dreysel-Leipzig.

3. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Discussion on the developement of the human urogenital tract. Von Berry. (Brit. Med. Journ., Sept. 13. 1902.)

B. als Referent brachte folgende Fragen zur Diskussion:

1. Aus welchen Gebilden entwickelt sich Uterus, Vagina und Vestibulum des erwachsenen Weibes?
2. Woraus entsteht die Blase?
3. In welchem Maſse beteiligt sich das Ektoderm an der Entwickelung des weiblichen Genitaltraktus?

von Hofmann-Wien.

Über die Verwendung des Elektromagneten zur Entfernung eiserner Fremdkörper aus der Harnblase. Von F. Hofmeister. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 1902, S. 830.)

An einem 1600 g schweren groſsen Hirschbergschen Handmagneten wurde der von den Ophthalmologen gebrauchte kurze Ansatz durch eine in Form eines kurzschnabeligen Katheters gebogene Eisensonde von Nr. 23 Chan., deren Stirnkante nur so weit abgerundet wurde, um die Einführung in die Urethra zu gestatten, ersetzt. Mittels dieser zu einem Magneten umgewandelten Bougie entfernte H. bei einem 26-jährigen Arbeiter einen 5 cm langen, 6 mm dicken Eisenstift aus der Blase, nachdem diese mit 150 g sterilen Olivenöls gefüllt worden war. Ferner entfernte er mittels eines 10 cm langen, 12 mm dicken geraden Ansatzes an einen Magneten eine Haarnadel aus der Blase eines 36-jährigen Mädchens durch die Urethra. Doch muſste der in die Blasenwände eingespieſste Fremdkörper zuvor gelockert werden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Blasenrupturen. Von Krönlein. (Korrespondenzblatt f. Schweiz. Ärzte. Bd. XXXI, Nr. 1.)

K. hat in den letzten 10 Jahren 7 Fälle von Blasenrupturen beobachtet. Vier endeten letal, drei wurden geheilt. Brunner berichtet ebenfalls über eine interessante Ruptur infolge äuſserer Gewalteinwirkung, ohne Verletzung der Bauchdecken

Federer-Teplitz.

Durchbruch eines Dermoids in die Blase. Von Schmit. (Centralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 5.)

Schmit sah einen Fall, bei dem cystoskopisch an einer eingezogenen Stelle der Blasenwand ein in die Blase ragendes Büschel Haare konstatiert wurde. Schmit stellte die Diagnose auf Dermoid. Federer-Teplitz.

Bilharzia haematobia in Cyprus. Von Williamson. (Brit. Med. Journ. 27. Sept. 1902.)

Ein 22jähriger Mann merkte seit 6 Monaten, daſs am Ende des Miktionsaktes sich mehrere Tropfen Blut entleerten. Sonst bestanden

keine Beschwerden. Im Urin fand man aufser roten Blutkörperchen zahlreiche Eier von Bilharzia. Auf Bettruhe und Borsäure nebst Inf. Bucco innerlich besserte sich der Zustand und die Eier verschwanden aus dem Urin. von Hofmann-Wien.

Die Wirkung des Urotropins als Harnantisepticum. Von J. Czyrniański. (Allg. Wien. med. Zeit. 1902, Nr. 38.)

Das Mittel wirkt, wie Cz. durch bakteriologische Versuche feststellte, bei zirka 0,5 $^0/_0$ schon sicher antiseptisch. Am besten giebt man es nach der Methode von Sachs nur in gehäuften Dosen (z. B. von 7 bis 9 Uhr früh 4 g in halbstündigen Dosen).

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

De l'urotropine. Von H. Vindevogel. (Annal. de la soc. roy. des scienc. méd. de Bruxelles. 11. Bd. 2. Fasc. 1902.)

Urotropin, in Wasser aufgelöst, entwickelt Formaldehyd. Diese Entwicklung ist noch intensiver in sauren Lösungen, sowie durch Erhitzen oder Zutritt des Lichtes. Mittels Phloroglucins kann man 1 Milliontel g Formalin in Blutserum und 1 Hunderttausendstel g im Harn nachweisen. Wie V. weiter durch Versuche an Tieren, welchen er Urotropin subkutan injizierte und die er dann später durch Eröffnung der Carotiden verbluten liefs, nachwies, wird im Blutserum stets Urotropin, niemals aber Formaldehyd gefunden, während im Urin, aber keineswegs immer, Formaldehyd nachweisbar war. Beim Menschen wird nach Urotropindarreichung um so mehr Formaldehyd im Harn entwickelt, je länger der Urin in der Blase bleibt. V. versuchte dann weiter Urotropin bei 10 Patienten mit Urogenitalerkrankungen. Dosen bis zu 3 g pro die werden gut ertragen, darüber hinaus verursachen sie oft Tenesmus und Pollakiurie. Indiziert ist Urotropin bei chronischer Cystitis infolge Prostatitis und bei Phosphaturie. Dadurch, dafs es den Urin sauer macht, vermag es zu verhindern, dafs sich um Uratsteine phosphorsaure Salze krystallisieren.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Stone in the female bladder; report of a case. Von H. H. Stoner. (Med. News 1901, 14. Juni.)

Steine in der weiblichen Blase sind selten. Die Ursache hierfür liegt in der Kürze und Weite der weiblichen Harnröhre. Fast in allen Fällen sind Fremdkörper, die von aufsen in die Blase gelangten, die Ursache der Steinbildung. Die Symptomatologie ist im wesentlichen dieselbe wie beim Manne. Zur Behandlung stehen drei operative Methoden zur Verfügung: die Litholapaxie, der hohe Steinschnitt und die vaginale Cystotomie. Verf. bespricht kurz diese drei Methoden und führt dann den von ihm beobachteten Fall an. Dieser betrifft eine 65jährige Frau mit Cystitis seit 2 Jahren; aufserdem war noch eine grofse abdominale Hernie, komplette Ruptur des Peritoneum und hochgradiger Prolaps des Uterus vorhanden; die Harnröhre wies eine beträchtliche Striktur auf. Zur Entfernung des in der Blase befindlichen Steines

konnte nur die vaginale Cystotomie in Betracht kommen. Verf. glaubt, dafs in diesem Falle die Striktur der Harnröhre Anlafs zur Steinbildung gegeben hatte. Dreysel-Leipzig.

Radiographs of Vesical Calculus with Specimen. Von van der Poel. (New-York Sect. on Gen.-Ur. Surg. Februar 1902. Nach dem J. of Cut. and. Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 237.)

In 2 Fällen gelang die Radiographie. Im ersten Falle handelte es sich um 4—5 Steine, bestehend aus Calciumcarbonat als Kern und einem Mantel von Phosphaten, bei einem 60jährigen Patienten, die später durch Sectio alta entfernt wurden. Im zweiten Falle um einen Oxalatstein, der aber noch nicht entfernt worden ist. Letzterer gab auffallenderweise einen helleren Schatten. In beiden Fällen wurde auch cystoskopisch die Diagnose gestellt. Die Aufnahme fand in Bauchlage unter einem Winkel von 45° statt, und die Expositionsdauer betrug zirka 10 Minuten. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

A New Cystoscope for Catheterization of Both Ureters. Von F. Bierhoff. (New-York Sect. on Gen.-Ur. Surg. Januar 1902. Nach dem J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 173.)

B. hat folgende Modifikationen am Nitzeschen Cystoskop angebracht: 1. 2 Kanäle für 2 Ureterenkatheter statt des einen des alten Instrumentes. 2. Eine vollständige Beweglichkeit des Cystoskopes selbst, unabhängig von den beiden Kathetern. Die beiden Tuben sowie die dazu passenden Ureterenkatheter sind bedeutend dünner als bei dem Nitzeschen Instrument, so dafs beide Instrumente denselben Umfang haben. Das B.sche Cystoskop kann auch als Irrigationscystoskop benutzt werden. Der ganze optische Apparat mit Ausnahme des Prismas kann herausgenommen werden, ohne den elektrischen Kontakt zu zerstören.
R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Carcinoma ureteris. Von C. K. Minich. (Gesellsch. d. Spitalärzte [Budapest], 5. März 1902. Nach der Pest. med.-chir. Presse 1902, S. 941.)

Bei der 66jährigen Frau bestand eine doppelseitige Pyelo-Cystonephritis und aufserdem im unteren Drittel des r. Ureters ein zerfallendes Carcinom, das, an die Blase und an das Scheidengewölbe angelötet, in die Scheide mit einer kleinfingerdicken Öffnung durchgebrochen war.
R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

4. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Operation for Azoospermia. Von E. Martin. (New-York Sect. on Gen.-Ur. Surg. Januar 1902. Nach dem J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 178.)

Nachdem M. sich durch vorgängige Versuche an 3 Hunden von der Ausführbarkeit der Operation überzeugt hatte, operierte er einen Patienten mit Azoospermie infolge doppelseitiger Epididymitis in fol-

gender Weise: Der Samenstrang wurde gespalten und das eine Stück mit den Rändern einer Öffnung im Kopfe des Nebenhodens vernäht. Bei dieser Incision der Epididymis wurden bewegliche Spermatozoen gefunden. 14 Tage nach der Operation enthielt auch das Ejakulat bewegliche Samenfäden. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

An Instrument to Diagnosticate Hydrocele. Von Fr. Griffith. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 419.)

Um bei Durchleuchtungen des Skrotums bei Verdacht auf Hydrocele besser sehen zu können, benutzt G. auf der der Lichtquelle entgegengesetzten Seite Röhren aus Kartenpapier oder dickem Karton, die in Form eines Parallelepipedons oder Cylinders von zirka 18 cm Länge und zirka 6 cm Durchmesser zurechtgebogen und mittels Heftpflasters oder Gaze zusammengehalten sind. Die Innenfläche derselben ist geschwärzt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Suppuration et fonte des testicules chez un calculeux. Von Florence. (Arch. méd. de Toulouse Mai 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 802.)

Ein 38jähriger Mann bekam im Mai 1901 einen Abscefs im r. Hoden und im September 1901 einen Abscefs im l. Hoden, die beide incidiert wurden. Während der Heilung traten Samenkanälchen in die Wunde über, die der Patient selbst mittels Fingers und Schere entfernte, so dafs schliefslich nur noch bohnengrofse Testikel übrig blieben. Die Abscesse waren offenbar infolge einer Cystitis durch Blasenstein entstanden. Der Stein wurde durch Sectio alta entfernt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane. Von v. Büngner. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 1902, S. 1.)

Verf. bespricht an der Hand von 11 Krankengeschichten die Tuberkulose des Nebenhodens und ihre operativen Erfolge mittels der von ihm angegebenen und auf dem Chirurgenkongrefs 1901 vorgetragenen Methode der hohen Kastration mit Evulsion des Samenstranges. In den 11 Fällen lag 3mal eine Totalerkrankung, 1mal eine beiderseitige Erkrankung, 5mal eine auf den Hoden und Nebenhoden beschränkte, in den übrigen Fällen eine auch das zugehörige Vas deferens mitbefallende Erkrankung vor. In einem Fall wurde die doppelseitige hohe Kastration gemacht, in zwei Fällen, wo Totalerkrankung des Genitalapparates bestand, die vom Verf. gleichfalls empfohlene intrakanalikuläre Injektion einer 10 %igen Jodoformglycerinemulsion an die Kastration angeschlossen. Beide Patienten sind seit 1 resp. $^3/_4$ Jahr gesund geblieben. Auch die übrigen einseitig kastrierten Fälle sind bis auf einen an Miliartuberkulose Gestorbenen gesund geblieben. Insgesamt beträgt die Zahl der vom Verf. mittels hoher Kastration Behandelten 18 Fälle, wovon 3 starben, 2 gebessert und 13 geheilt sind. Auch aus den vom Verf. mitgeteilten und genau verfolgten Fällen geht hervor, dafs die Genitaltuberkulose des Mannes gewöhnlich sich in ascendierender Richtung verbreitet.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.



Kongreſsbericht.

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad.

(Nach dem Bericht der Freien Vereinigung der deutschen medizinischen Fachpresse.)

Abteilung: Chirurgie.

I. Sitzung.

Preindlsberger-Serajewo berichtet über seine Beobachtungen bezügl. der Lithiasis in Bosnien; in den letzten zwei Jahren hat er weitere 95 Fälle gesehen. Die Krankheit befällt vorzugsweise die jugendliche christliche Bevölkerung. Hinsichtlich der Steinoperationen bemerkt Vortr., daſs im Orient die Lithotripsie schon bei den Kindern häufig in Anwendung kommt, weil die äuſseren Genitalien viel früher entwickelt sind: bei einem 14jährigen Knaben konnte der gröſste Lithotripter eingeführt werden. Bei 135 Kindern wurde 42 mal die Lithotripsie, 93 mal die Sectio alta gemacht. Vortr. zeigt Instrumente, welche die dortigen „Steinschneider" gebrauchen, ferner Präparate, unter denen ein hühnereigroſser, durch Spontanzertrümmerung bemerkenswerter Stein sich befindet, welche P. auf die Sprengwirkung der Bakterien und ihrer Produkte zurückführt.

III. Sitzung.

Kausch-Breslau: Der Diabetes in der Chirurgie.

Redner wünscht, daſs Diabetiker wenn möglich nur im zuckerfreien Stadium operiert werden, und möchte, wenn ein solches nicht zu erreichen ist und keine vitale Indikation vorliegt, von einer Operation immer absehen. Zur Narkose empfiehlt er Äther; vor der Operation giebt er eine längere Zeit hindurch groſse Dosen von Natr. bicarbon.

IV. Sitzung.

Posner-Berlin: Zur Kenntnis der Urogenitaltuberkulose.

Vortr. hat einen Fall beobachtet, der deutlich den Gang der Urogenitaltuberkulose zeigt: zuerst trat ein haselnuſsgroſser Knoten in der rechten Epidydimis, 8 Monate später ein solcher im Corpus cavernosum urethrae in der Nähe des Orificiums auf; der Urin zeigte eitrige Trübung. Die Knoten gingen in Fluktuation über, ihr Inhalt bestand, wie die Operation ergab, aus Detritus und Cholestearin ohne Tuberkelbazillen, während die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand Tuberkulose ergab. Die Hodenwunde heilte gut aus, am Penis blieb eine Fistel zurück.

Diskussion: Englisch-Wien hat beobachtet, daſs solche tuberkulösen Knoten, wenn sie sich abschnüren, sich in Cysten, anderenfalls in Abscesse verwandeln. In anderen Fällen hat er an die Periurethritis tuberculosa eine Meningitis tuberculosa sich anschlieſsen sehen.

Zabludowski-Berlin: Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe.

Redner hat seine Behandlungsweise der Impotentia virilis auch auf andere Affektionen des männlichen Genitalapparates ausgedehnt; er bezweckt vor allem starke Blutschwankungen in den zu behandelnden Organen hervorzurufen. Dies geschieht durch wiederholte Umschnürung der Wurzel des Penis und der Basis des Hodensacks mittelst eines elastischen Gummischlauches von 8 mm Durchmesser und 100 cm Länge, ferner durch Melkbewegungen und Torsionen an den Samensträngen. Ferner werden appliziert mehr oder weniger ausgedehnte Erschütterungen, intermittierende Drückungen, Knetungen, Klopfungen der betreffenden Gebiete. Neben diesen passiven Manipulationen kommen Widerstandsbewegungen in Anwendung, welche die Muskeln am Abdomen und den Oberschenkeln in Thätigkeit setzen und dadurch Mitbewegungen der Muskeln der Genitalorgane veranlassen. Für diese Behandlungsmethode geeignet sind: 1. chronische Hoden-, Nebenhoden- und Samenstrangsentzündungen gonorrhoischer oder traumatischer Natur; 2. Funktionsstörungen, wie Impotentia coëundi et generandi, ferner Priapismus bei geringen anatomischen Veränderungen an den Hoden und Adnexen; 3. Funktionsstörungen als partielle Erscheinungen psychischer oder nervöser Alterationen, die bei längerem Bestehen entzündliche Reizzustände erzeugt haben; 4. arteficielle lokale Reizzustände mit abnormen Sensationen und allgemeiner Gemütsdepression, die durch übertriebene lokale Behandlung oder auf sonstige Art hervorgerufen sind; 5. Kryptorchismus leichteren Grades, sowohl angeborener, wie erworbener; 6. Inaktivitätsatrophien am Genitalapparat; 7. Sensibilitätsstörungen oder Motilitätsstörungen, und zwar irritative Formen (Pollutionen, Ejaculatio praecox) und atonische (Spermatorrhoe, fehlende Erektion); 8. pathologische Sekretionen aus der Urethra bei chronischer Gonorrhoe und Prostatorrhoe.

V. Sitzung.

Fr. Strauss-Frankfurt a. M.: Zur Ureteren- und Nierenthätigkeit bei Ectopia vesicae.

Vortr. konnte einen Fall von totaler Bauchblasenspalte beobachten; die ganze Blasenschleimhaut befand sich in einem granulationsähnlichen Zustand und war mit einer glasig-gallertartigen Schleimschicht bedeckt, die von verlagerten Urethraldrüsen abgesondert wurde. Was bereits mittelst Ureterenkatheters bei normaler Blase festgestellt ist, konnte auch hier beobachtet werden: beide Ureteren arbeiten nicht synchron, sondern alternierend. Der linke kontrahierte sich viel seltener und warf bei jeder Kontraktion viel weniger Urin aus, als der rechte; Harnproduktion also links geringer, als rechts. Die linke Mündung liegt höher, als die rechte; hier starkes sprudelndes Hervorquellen des Urins, links träge Öffnung mit geringer Sekretion. Die Mündungen der Ureteren sind von je einem Lippenpaar mit kräftigem muskulösen Apparat eingefafst, die jedenfalls zum Schutz gegen Infektion dienen. Aus dem Katheterismus der Ureteren ergab sich folgendes: der rechte ist 39, der linke 47 $^1/_2$ cm lang, rechts entleert sich 3 mal soviel Urin wie links. Bei 1 $^1/_2$ stündigem Liegenlassen der Katheter fliefst nicht ein Tropfen neben denselben heraus, ein Beweis, dafs zum getrennten Auffangen des Urins nur ein

Ureter katheterisiert zu werden braucht. Vergleichung der Zahlen für J, Cl., Ur-Ph, Gl im Verdünnungsversuch ergiebt, dafs die Funktion der linken Niere gegen die der rechten stark herabgesetzt ist, und zwar dürfte der Grund dafür in einer Hemmungsbildung, analog der des Beckens und der Blase, zu suchen sein. Der Blasenurin war stark ammoniakalisch mit viel Schleim, dagegen war der Urin, wie er sich aus beiden Nieren durch die Katheter entleerte, völlig klar, von stark saurer Reaktion, enthielt mikroskopisch keine geformten Elemente; es war also keine Infektion der Nierenbecken eingetreten, wohl infolge der ständigen Abflufsmöglichkeit und des Schutzes der Uretermündungen durch die Lippenbildung.

Was die Operation der Blasenektopie anbetrifft, so erfüllt wohl das Trendelenburgsche Verfahren am meisten die drei Erfordernisse: die Kontinenz herzustellen, die ascendierende Infektion zu vermeiden, und in anatomer Hinsicht annähernd normale Verhältnisse zu schaffen; die Sonnenburgsche Methode verzichtet auf das erste und dritte, die Maydlsche auf die beiden letzten. In diesem Falle wäre infolge der Beschaffenheit der Uretermündungen die Infektionsgefahr wohl eine geringe.

Abteilung für innere Medizin.

III. Sitzung.

Laugstein-Wien: Die Kohlehydratgruppen der Eiweifskörper im Blutserum.

Vortr. konnte aus dem Blutglobulin isolieren: einen stickstoffhaltigen Zucker, der nicht Chitosomin ist und rechts dreht, ferner einen linksdrehenden Zucker unbekannter Konstitution, und als wichtigstes Ergebnis Traubenzucker. Damit ist zum ersten Male das Vorkommen eines gärfähigen Zuckers im Eiweifsmolekül erwiesen. Weitere Untersuchungen über die physiologische Bedeutung dieses Befundes werden folgen.

v. Noorden-Frankfurt a. M.: Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus.

Vortr. warnt vor der jetzt vielfach empfohlenen übermäfsigen Eiweifszufuhr in der Nahrung der Diabetiker, da sie die Zuckerausscheidung steigert und die Toleranz für die Assimilation der Kohlehydrate herabsetzt. Nach Beobachtungen an 20 Patienten stellt sich bezüglich des Einflusses auf die Glykosurie am günstigsten das Hühner-Eiweifs, dann Pflanzeneiweifs, dann Caseïn und schliefslich Muskeleiweifs. Am wichtigsten ist die Individualität des Kranken. Ein einzelner Eiweifskörper wirkt günstiger, als mehrere zusammen. Von den Nahrungsfetten ist Butter am meisten zu bevorzugen, obwohl sie die Acetonausscheidung, wahrscheinlich wegen ihres Gehaltes an Buttersäure, erhöht, jedoch können die Fettsäuren durch Auswaschen entfernt werden. Durch Darreichung von Alkalien ist die Gefahr auch zu vermeiden. In vielen, besonders schweren Fällen, doch nicht in allen, wird Hafer doppelt so gut vertragen, wie entsprechende Mengen an Brot, doch ist diese Ernährungsform wegen der Gefahr des Coma auf die Dauer praktisch nicht durchführbar.

Lorand-Karlsbad: Über die Wirkung der Karlsbader Wässer auf den Diabetes.

Redner glaubt, dafs den Karlsbader Quellen allein ohne Diät ein zuckervermindernder Einflufs, wenigstens bei leichten Diabetesfällen, zukommt: in einer Reihe von Fällen mit alimentärer Glykosurie ex amylo, sowie von leichtem Diabetes sah er, dafs sie am Ende einer Kur ohne Diätbeschränkung ein stark amylaceenhaltiges Probemahl ohne Zucker auszuscheiden vertrugen. In 2 Fällen von alimentärer Glykosurie ex amylo wurden sogar 60 g Traubenzucker vertragen. Er empfiehlt die Karlsbader Kur prophylaktisch.

IV. Sitzung.

Fr. Pick-Prag: Über das glykogenlösende Ferment der Leber.

Vortr. erhielt bei seinen Untersuchungen durch Extraktion des alkoholgefällten Leberbreies mittelst Kochsalzfluornatriumlösung eine klare, zellfreie Flüssigkeit, die Glykogen in beträchtlichem Mafse in Zucker umwandelt, eine Eigenschaft, die durch Kochen aufgehoben wird. Methylviolett zeigt eine leichte, Chinin eine stärker hemmende Wirkung. Die Fermentwirkung ist in quantitativer Hinsicht stärker, als die postmortale Zuckerbildung in der Leber. Das Ferment ist in der Leber gleichmäfsig verteilt. Am wirksamsten bezüglich des Fermentgehaltes erwies sich Nierensubstanz, dann Leber, dann Blut. Hinsichtlich der Herkunft des Fermentes konnte Vortr. nichts Sicheres eruieren.

Simon-Karlsbad: Über Nachweis und Vorkommen von Glykogen im Harn.

Zum Nachweis des Glykogens im Harn verwandte Vortr. die Methode von Necking: 90 ccm Harn werden mit 10 ccm 40 % KOH-lösung versetzt, vom Phosphatniederschlag abfiltriert, zum Filtrat 10 g Jodkalium und 50 ccm 90 % Alkohol zugesetzt. Vorhandenes Glykogen bildet einen flockigen Niederschlag, normaler Harn bleibt klar. 28 diabetische Harne waren frei von Glykogen, dagegen konnte aus drei diabetischen Harnen, die etwas Albumen ohne Cylinder enthielten, Glykogen dargestellt werden, drei andere albumenhaltige diabetische Harne enthielten kein Glykogen. Nach Ansicht des Vortr. ist das Harnglykogen der Ausdruck einer glykogenen Nierendegeneration.

Hocke-Prag: Beitrag zur Kenntnis des Diabetes insipidus.

Vortr. hat in einem Falle von Diabetes insipidus eingehende Stoffwechseluntersuchungen angestellt: der Gefrierpunkt des Harnes schwankte zwischen — 0,2 bis 0,33° C., der Gesamtstickstoff, sowie der Harnstoff bewegten sich bei wiederholten Bestimmungen in normalen Grenzen. Das spezifische Gewicht des Blutserums betrug nur 1028, der Stickstoffgehalt des Gesamtblutes 3,13 %; der Gefrierpunkt des Blutserums betrug einmal — 0,47, ein zweites Mal 0,52°. Vortr. glaubt das Wesen des Krankheitsprozesses in diesem Falle in einem erhöhten Wasserstoffwechsel suchen zu sollen, bei normaler Gesamtstickstoff- und Harnstoffausscheidung.

Paul Cohn-Berlin.

(Fortsetzung folgt.)



Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Bern.
Direktor: Prof. Dr. Jadassohn.

Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Mannes.

Von

Dr. med. **B. Asakura** aus Tokio.

Die Frage nach dem Vorkommen pathogener Keime in der normalen Harnröhre hat nach mehreren Richtungen eine grofse theoretische und praktische Bedeutung. Sie spielt bei der Pathogenese der Cyptitis, bei der instrumentellen Untersuchung oder Behandlung der Harnröhre, ferner bei der Abschätzung von der Bedeutung der sekundären Infektionen bei gonorrhoischen und postgonorrhoischen Prozessen eine wesentliche Rolle. Wichtig aber ist sie auch bei den „idiopathisch" oder nach Cohabitationen entstehenden Urethritiden nicht gonorrhoischer Natur. Für diese Prozesse, welche noch sehr wenig gut gekannt sind, ist es aus zwei Gründen notwendig, eingehendere Kenntnisse von dem Vorhandensein pathogener Mikroorganismen in der normalen Harnröhre zu haben. Einmal nämlich sind Fälle beschrieben worden, in denen bestimmte Bakterien als Ursache solcher Urethritiden bezeichnet worden sind; es fragt sich dann: müssen wir annehmen, dafs diese von aufsen in die Harnröhre eingedrungen sind oder sind es vielleicht saprophytisch in derselben wuchernde Keime, welche durch irgendeine — uns unbekannte — Ursache pathogen geworden sind (durch Terrainveränderung u. s. w.)? Andererseits giebt es Fälle von Urethritis und zwar auch solche, welche den Eindruck durch Contagion erworbener Krankheiten machen, in denen wir mikroskopisch keinerlei Bakterien oder höchstens ganz vereinzelte finden und die deshalb vielfach als „aseptische" bezeichnet worden sind. Wenn aus dem Secret der letzteren nur vereinzelte Bakterienkolonien aufgehen, so werden wir fragen müssen, ob diese als die Erreger der aseptischen Urethritis aufgefasst werden können. Die Entscheidung dieser Frage

hängt speziell von unseren Kenntnissen über das Vorkommen der betreffenden Keime auch unter normalen Verhältnissen ab.

Finden wir beispielsweise in einer solchen Urethritis vereinzelte Herde von Staphylo- oder Diplokokken, so werden wir diesen eine Bedeutung für das Zustandkommen der Urethritis nicht beimessen können; denn wir wissen, dass wir die gleichen Mikroben auch aus ganz normalen Harnröhren mit Leichtigkeit aufzüchten können.

Wenn wir aber ein Bacterium in einer solchen Urethritis finden, von dem wir wissen, dafs es sonst nicht oder nur ganz ausnahmsweise in der Harnröhre vorkommt, so werden wir dem zweifellos eine viel gröfsere Bedeutung beimessen. Und ebenso ist es selbstverständlich wichtig, wenn aus dem Sekret einer Urethritis regelmäfsig eine grofse Anzahl von Einzel-Kolonien derselben Art auswächst. Wir wissen aus zahlreichen Untersuchungen, dafs unter den Erregern der Cystitis Staphylokokken, Bacter. coli und Streptokokken die Hauptrolle spielen. Wir kennen Fälle von Urethritis, bei denen Staphylokokken in grofser Menge, andere, bei denen das in der Harnröhre nach Faltin's[1]) Untersuchungen seltene Bacterium coli gefunden worden ist.

Wie verhält es sich nun aber mit den Streptokokken?

In der Litteratur über die Flora der normalen Harnröhre des Mannes habe ich Folgendes gefunden.

Die ersten Angaben stammen, soweit ich sehe, von Lustgarten und Mannaberg[2]); diese fanden mikroskopisch Streptokokken in der Fossa navicularis und zwar, wie sie angeben, „beinahe konstant". Bei ihren Isolierungsversuchen aus der Harnröhre (sie nahmen solche nur zweimal vor) züchteten sie einen Coccus, der sich in Bouillon als „ausgesprochener Kettencoccus" darstellte, auf festem Nährboden aber wenig Neigung zeigte, Ketten zu bilden; aufserdem fanden sie in der Harnröhre und im Urin einen „Streptococcus giganteus urethrae", welcher wegen seiner Grösse und seines sonstigen Verhaltens vielleicht von den „vulgären Streptokokken" zu trennen ist.

Rovsing[3]) hat bei der Untersuchung des nach Reinigung aufgefangenen Urins bei 30 normalen Individuen (darunter 15 Männer und 5 Knaben) 3 mal Streptokokken gefunden. Petit und Wassermann[4]) haben sie (bei allerdings nur 4 Untersuchungen) vermifst; Franz[5]) sie unter 50 gesunden Männern 2 mal konstatiert; Melchior[6]) bei 6 Männern 2 mal; dagegen hat sie Hofmeister[7]) niemals zu Gesicht bekommen, ist aber weit entfernt davon, ihr Vorkommen in der normalen Harnröhre leugnen zu wollen.

Diesen, wie man sieht, sehr spärlichen und einander widersprechenden Angaben über das Vorkommen der Streptokokken in der normalen Harnröhre des Mannes möchte ich der Vollständigkeit wegen einige Befunde in der normalen Harnröhre der Frau gegenüberstellen.

Gawronsky[8]) fand unter 62 Untersuchungen 15 mal Bakterien, darunter 3 mal, Melchior (l. c.) bei 6 Frauen einmal, Schenk und Austerlitz[9]) bei 59 Frauen 2 mal, Savor[10]) fand bei 93 nicht an Gonorrhoe erkrankten Frauen nur einmal Streptokokken, bei Graviden wesentlich öfter.

Es scheint ferner berechtigt, noch einige Befunde von Streptokokken bei Urethritiden, die wohl zumeist als postgonorrhoische aufzufassen sind, zum Vergleich mit den normalen Verhältnissen heranzuziehen. So fand Cohn[11]) unter 12 solcher Patienten 3 mal Streptokokken; Owings[12]) erwähnt unter den gleichen Umständen einen schmalen Coccus in Ketten, Tano[13]) spricht speziell von dem Streptococcus giganteus, Faltin[14]) hat bei seinen Urin-Untersuchungen, die er bei Bacteriurie, Cystitis etc. anstellte, sehr oft Mikroorganismen gefunden, die er als Streptokokken bezeichnet. Da es sich hier um abnormen Urin handelte, erübrigt sich eine Kritik dieser Streptokokkenbefunde.

Trotzdem wir also bereits wissen, dafs in der normalen Harnröhre Streptokokken vorkommen können, schien es doch notwendig, durch eine gröfsere Anzahl von Untersuchungen darüber weitere Erfahrungen zu sammeln und zwar vor allem darum, weil die bisherigen Arbeiten noch nicht eine Methode gebraucht haben, welche für den Nachweis geringer Mengen von Streptokokken neben anderen Bakterien manchmal von Bedeutung zu sein scheint, nämlich die Kultur auf flüssigen Nährböden, speziell auf Traubenzucker-Bouillon.

Aus Walthard's[15]) und vieler anderer Untersuchungen aus der Vagina Gravider, aus Dübendorfer's[16]) Untersuchungen gesunder nicht gravider Frauen, aus Sabouraud's[17]) und Frédéric's Feststellungen bei kranker und gesunder Haut geht hervor, dafs man mit der Kultur auf flüssigen Nährböden, speziell in Bouillon-Pipetten (Sabouraud, Frédéric[18]), aber auch auf gewöhnlichen Röhrchen mit Traubenzuckerbouillon leichter Streptokokken auffinden kann, als bei den gewöhnlichen Plattenkulturen oder mit der soviel benutzten Methode der Aussäung auf Schrägagar und zwar speziell dann, wenn es sich um das Nebeneinandervorkommen von Streptokokken und Staphylokokken handelt.

Für uns ist von speziellem Interesse das häufige Vorkommen von Streptokokken in der gesunden Vagina gravider, aber auch nicht gravider Frauen (die Zahlen wechseln zwischen 27% und 30%, in der Vulva nach Dübendorfer (l. c.) zwischen 40% und 72%!).

Die Differenzen in den bisherigen Angaben, die Spärlichkeit derselben und die Möglichkeit, dafs die bisherige Untersuchungsmethode eine unzureichende war, bildeten also für mich den Anlafs, eine gröfsere Anzahl von Männern systematisch auf das Vorhandensein von Streptokokken in der Harnröhre zu untersuchen.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Prof. Dr. Jadassohn für die Ueberlassung des Materials und für seine vielfache Unterstützung meinen verbindlichen Dank auszusprechen.

Seiner Anregung entsprechend habe ich unter Befolgung nachstehender Methode 100 Fälle untersucht. Vorausgreifend sei bemerkt, dafs ich in den betreffenden Fällen als Nebenbefund einen auffällig hohen Prozentsatz von Staphylokokken konstatieren konnte.

Die Versuche waren folgende:

I. Bei 50 Männern ganz verschiedenen Alters, von denen ein grofser Theil nie Gonorrhoe gehabt zu haben angab, andere eine oder mehrere solcher vor längerer Zeit überstanden hatten, ohne dafs aber zur Zeit Erscheinungen vorhanden waren, wurde

a) das Material ohne jede vorangehende Desinfektion entnommen: das Orificium urethrae externum wurde aufgeklappt, mit der Platinöse, ohne die Haut zu berühren, 1—2 cm tief vorsichtig eingegangen und die Oberfläche der Harnröhre abgeschabt.

Das entnommene Material wurde in einem Tropfen Traubenzuckerbouillon verrieben und mit dieser Anreibung folgende Nährböden geimpft:

1. 2 Pipetten mit Traubenzuckerbouillon,
2. 2 Reagensgläser mit Traubenzuckerbouillon,
3. 1 Schrägagar.

Die Kulturen wurden bis zum nächsten Tag im Brutschrank belassen und hierauf untersucht.

b) Bei denselben Individuen wurde dann die Glans bei vollständig komprimiertem Orficium externum urethrae mit $^1/_{2000}$ Sublimat gereinigt, dann mit physiologischer Cl. Na-Lösung abgespült und weiter verfahren wie bei a).

Die Resultate dieser Versuche waren, dass sowohl vor als nach der Desinfektion bei 5 der Untersuchten sich Streptokokken fanden und zwar dreimal allein, zweimal mit Staphylokokken zusammen (9 Fälle blieben steril, viele andere enthielten Staphylo- und andere Kokken u. s. w.). Die Desinfektion der Glans hat unter den benutzten Vorsichtsmafsregeln einen Einflufs auf den Bakteriengehalt der vordersten Teile der Harnröhe nicht gehabt.

II. Bei 50 weiteren Individuen sollte auch noch untersucht werden, ob und inwieweit eine Uebereinstimmung in dem Gehalt

an Streptokokken auf der Glans, im Präputialsack und in der auch aus dem Präputium abgeimpft.

Es wurde daher in diesen Fällen in der beschriebenen Weise auch aus dem Präputium abgeimpft.

Die Resultate sind:

In der Urethra fanden sich 7 mal Streptokokken, 3 mal rein, 4 mal mit anderen Kokken; aus dem Präputium konnten nur 3 mal Streptokokken gezüchtet werden; in allen diesen 3 Fällen waren auch aus der Harnröhre Streptokokken gewachsen.

Endlich habe ich nach der Fertigstellung dieser Arbeit noch 12 Männer untersucht, bei welchen auch die genaueste Untersuchung des Morgenurins keine Spur von Fäden ergab und deren Angabe, sie hätten nie eine Gonorrhoe gehabt, daher wohl glaubhaft erschien. Unter ihnen habe ich 2 mal Streptokokken gefunden (1 mal rein).

Aus diesen Untersuchungen geht also hervor, dafs unter 112 Männern ohne manifeste Gonorrhoe und zum gröfsten Theil jedenfalls mit vollständig gesunder Harnröhre sich 14 fanden, aus deren Fossa navicularis sich Streptokokken aufzüchten liefsen, im Ganzen also 12,5%. Wesentliche Differenzen zwischen älteren und jüngeren Personen ergaben sich dabei nicht.

Die Streptokokken entsprachen dem gewöhnlichen Streptococcus pyogenes; besonders grofse Formen („Streptococc. giganteus") sind mir nicht aufgefallen. Leider konnte ich die erhaltenen Kulturen nicht weiteren detaillierten Untersuchungen unterwerfen. Auch bezüglich ihrer Pathogenität gegenüber Tieren habe ich nur einige Versuche machen können — die mit den Kulturen intravenös injizierten Kaninchen gingen nach 5—10 Tagen zu Grunde.

Was die verschiedenen Kulturmethoden anlangt, so sind mir wesentliche Unterschiede in den Resultaten auf flüssigem und auf festem Nährboden nicht aufgefallen. Immerhin ist die Methode auf Zuckerbouillon zu züchten für die schnelle Feststellung, ob überhaupt Streptokokken vorhanden sind, sehr bequem.

Die Resultate, die ich erhalten habe, beweisen also, *dafs wie in den Genitalien auch der gesunden Frau, in gleicher Weise auch in der Harnröhre des Mannes Streptokokken in einer ziemlich grofsen Anzahl von Fällen vorhanden sein können.* Dafs diese sapro-

phytisch wachsenden Streptokokken unter Umständen auch pathogen werden können, darüber scheint mir nach Analogie mit anderen Erfahrungen sowohl in der Gynäkologie als in der Dermatologie kaum ein Zweifel mehr möglich. Die relative Häufigkeit der Streptokokken-Cystitiden scheint mir dadurch ebensowohl erklärt, wie auf der anderen Seite ihr oft durchaus benigner Verlauf.

Dann aber zeigen die Resultate meiner Versuche auch, wie vorsichtig man mit der Anschuldigung von Streptokokken als Erreger von Urethritiden sein mufs: wenn sich bei 12,5% aller Männer (die Zahlen können natürlich sehr variieren) Streptokokken gelegentlich selbst rein vorfinden, so kann natürlich auch bei einer Urethritis die Aufzucht von einzelnen Streptokokken-Herden gelingen, ohne dafs diese deshalb die Erreger der Urethritis zu sein brauchen.[1])

---

[1]) Diese Bemerkung bezieht sich auch auf die interessante Mitteilung Goldberg's (Archiv f. Dermat. und Syph. 58. Bd. p. 133. 1901), welcher bei einem bis dahin gesunden, im Anschlufs an eine Kohabitation an leichter Urethritis erkrankten Mann „einige" Kolonien von Streptokokken und zwar „wahrscheinlich in Reinkultur" (p. 142) bei einer augenscheinlich nur einmaligen Abimpfung aus der Harnröhre gezüchtet hat. Wenn es sich dabei auch im Tierversuch um pathogene Streptokokken gehandelt hat, so geht doch aus meinen Resultaten hervor, dafs die Streptokokken nicht, wie Goldberg zu meinen scheint, (p. 142) zu den Mikroorganismen gehören, „welche für gewöhnlich in der Urethra nicht vorkommen"; darum ist der Beweis, dafs in diesem Falle die Urethritis durch die Streptokokken bedingt war, nicht als gelungen anzusehen; auch ich halte eine Streptokokken-Urethritis an sich für möglich, ja sogar wahrscheinlich. Wir werden sie aber blofs dann als einigermafsen bewiesen annehmen können, wenn zu wiederholten Malen ungewöhnlich reichliche Streptokokken-Kolonien aus einer Urethritis non gonorrhoica gewachsen sind.

Litteratur.

1. Centralblatt f. Harn- u. Sexualorgane. Bd. IX. 1898.
2. Vierteljahrsschrift f. Dermat. u. Syph. 1887. Heft 4.
3. Klin. u. experiment. Untersuchung üb. die Infektionskrankheiten der Harnorgane. 1898.
4. Annal. d. malad. d. org. génito-urinaires 1891.
5. Wien. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 28.
6. Cystitis u. Urininfektion 1897.
7. Fortschritte der Medizin. Bd. XI, Nr. 16.
8. Münch. med. Wochenschr. 1894, Nr. 11.
9. Prag. med. Wochenschrift 1899, Nr. 17.
10. Beiträge z. Geburtshilfe u. Gynäcolog. Bd. XI, Heft 1. 1899.
11. Centralblatt f. d. Krank. d. Harn- u. Sex.-Org. Bd. IX. 1898.
12. The infectiousness of chronic Urethritis. Hopkin's Hospital Bull. 97. no. 97.
13. Centralblatt f. d. Krank. d. Harn- u. Sex.-Org. 1896.
14. Centralblatt f. d. Krank. d. Harn- u. Sex.-Org. 1902.
15. Arch. f. Gynäcolog. Bd. 48, 1895.
16. Dissertation. Bern 1901.
17. Annales d. dermatolog. 1900.
18. Münchener medizinische Wochenschr. 1901.

(Aus der Breslauer chirurgischen Universitäts-Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. von Mikulicz-Radecki.)

Über Blasenruptur.

Von

W. Nobe, prakt. Arzt,
Assistent an der chirurgischen Abteilung des Herzoglichen Krankenhauses in Braunschweig.

(Fortsetzung und Schlufs aus Heft 2.)

Es folgen zunächst die beiden Fälle von subkutaner Blasenruptur, welche im Jahre 1901 in der Königlichen Chirurgischen Klinik der Universität Breslau zur Beobachtung kamen, und für deren Überlassung zu dieser Arbeit ich auch an dieser Stelle nicht verabsäumen möchte, dem Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Mikulicz meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

33. Am 5. November 1901, kurz vor 1 Uhr mittags, wurde der 38 jährige Müller Robert Jopka in einem Thorwege, während er einen Rollwagen begleitete, von demselben auf der rechten Seite erfafst, mit der linken Beckenseite an die Wand gedrückt und nach links herumgedreht. Er empfand sofort einen heftigen Schmerz im rechten Oberschenkel. Pat. wurde sogleich nach Hause gebracht. Hier liefs er gegen $^1/_2$2 Uhr eine mäfsige Quantität (ca. 1 Wasserglas voll) blutigen Urins, ohne dafs dabei Schmerzen bestanden. Erst auf dem Wege zur Klinik traten Schmerzen in der Blasengegend auf.

$^1/_2$3 Uhr nachmittags wurde er in die chirurgische Universitätsklinik überführt.

Bei der Aufnahme wurde mittels Katheters blutiger Urin in mäfsiger Menge entleert. Zu erwähnen ist noch, dafs Pat. eine Stunde vor dem Unfall zu Stuhl gewesen war und Urin gelassen hatte.

5. XI. Status praesens: Mittelgrofser, kräftig gebauter Mann, von gutem Ernährungszustande. Gesichtsfarbe sehr blafs. Augenausdruck matt. Temperatur 37^2. Lungen- und Herzuntersuchungen ergeben nichts besonderes. Puls etwas klein, frequent, 108. Pat. hat Frostgefühl. Urin stark blutig. Mikroskopisch enthält er neben vereinzelten Blasenepithelien zahllose rote Blutkörperchen, zum Teil in Stechapfelform, und viele Leukocyten.

Unterleib etwas aufgetrieben, in den oberen und mittleren Partien nicht schmerzhaft. Nur in der Gegend des Mons veneris sowie von hier aus rechts am Ligamentum Pouparti befindet sich bei Druck starke Schmerzhaftigkeit.

Hier zeigt sich auch bei Perkussion eine etwa 2 Finger breite, zur Symphyse ziehende Dämpfung. Per rectum nichts besonderes zu fühlen.

Bei Kompression des Beckens durch Druck auf die Darmbeinschaufeln giebt Pat. keine Schmerzen an. Dagegen ist starker Druck auf den rechten Trochanter äufserst schmerzhaft, besonders bei Kompression durch Druck auf beide Trochanteren. Ebenso ist Druck auf die Symphyse enorm schmerzhaft. Rotation und Bewegungen des Oberschenkels sind in geringem Mafse mit Schmerzen verbunden.

Der rechte Oberschenkel, besonders die Gegend der Inguinalfurche ist geschwollen und leicht verfärbt.

An der Haut der rechten Unterleibsseite, etwa in Höhe der Spina anterior superior, befindet sich eine markstückgrofse Verfärbung. In der Blasengegend keine abnorme Dämpfung.

Es besteht Harndrang, doch ergiebt sich beim Katheterisieren, welches mit einiger Schwierigkeit gelingt, nur eine geringe Menge tiefroten Urins.

6. XI. Heute kurze klinische Vorstellung. Diagnose: Blasenruptur infolge Beckenfraktur. Gleich hinterher: Operation in Morphium-Äther-Narkose (Prof. Dr. Henle).

In Beckenhochlagerung Schnitt wie bei der Sectio alta. Nach Spaltung der Haut zeigt sich das ganze Bindegewebe hochgradig blutig durchtränkt. Das Peritoneum wird eröffnet. Es befindet sich kein Blut in der Peritonealhöhle, dagegen zeigen sich einige Dünndarmschlingen blutig imbibiert, resp. leicht gerötet. Das Peritoneum wird nun mit Catgut vernäht. Darauf stumpfes Vordringen hinter der Symphyse nach unten. Hierbei fühlt man, dafs die Symphyse selbst durch einen senkrechten Rifs getrennt und der rechte Schambeinast nach oben verschoben ist. Es blutet ziemlich beträchtlich aus der Tiefe, jedoch ist der Blasenrifs nicht zu Gesicht zu bekommen, auch ist ein eingeführter Katheter beim Senken von oben nicht zu fühlen. Es wird von einer Eröffnung der Blase Abstand genommen, Jodoformgazebeutel mit Drain in der Mitte in die Tiefe hinter die Symphyse gelegt, der obere Teil der Schnittwunde durch Metallnähte vereinigt. Zinkpaste, Tücher, Kissen, Heftpflasterverband. Einlegen eines Nélatonkatheters in die Blase.

7. XI. Der Urin enthält noch ziemlich reichlich Blut, jedoch weniger als gestern. Heute Vormittag auf Einlauf Stuhl ohne Besonderheiten. Nachmittags Ansteigen der Temperatur auf 38^3. In pulmonibus nihil.

10. XI. Seit heute Zunehmen der Atemfrequenz (abends 32). Beständig Fieber (abends 38^4). Lungenuntersuchung ergiebt über dem linken Unterlappen pleuritisches Reiben. Stimmfremitus ohne Besonderheit. Feuchter Umschlag. Ipecacuanha.

11. XI. Heute auf beiden Lungen bronchiales Atmen nebst trockenem pleuritischem Reiben auf beiden Unterlappen.

13. XI. Heute Verbandwechsel. Lockerung der Tampons.

14. XI. Tampons heraus. Neutamponade. Täglich mehrmalige feuchte Umschläge um den Thorax.

18. XI. Das Fieber läfst allmählich etwas nach. Heute jedoch noch folgender Befund: Scharfes Bronchialatmen auf dem linken Unterlappen, rechts auf dem Mittel- und Unterlappen lautes Lederknarren, in den oberen Portionen bronchiales Atmen, jedoch weniger ausgeprägt als links.

19. XI. Von heute ab Blasenspülungen (1,0:2000,0 argent. nitr.). Dabei starke Schmerzhaftigkeit.

20. XI. Verbandwechsel. Entfernung der Nähte. Schwarzsalbe. Wunde oben primär verheilt.

24. XI. Täglich Blasenspülung. Urin immer noch leicht blutig. Lungenbefund nicht stark geändert. Feuchter Umschlag. Ipecacuanha.

26. XI. Verbandwechsel. Anätzen der Wundfläche. Schwarzsalbe. Blasenspülung täglich. Lungenbefund bessert sich, besonders rechts. Links immer noch Dämpfung; bronchiales Atmen.

27. XI. Verbandwechsel.

30. XI. Heute beim Verbandwechsel und Anätzen ziemlich erhebliche Blutung von oben, innen. Schwarzsalbe. Die Wundfläche hat sich nach unten, innen fast ganz geschlossen. Die Wunde verkleinert sich von der Seite her stark. Lungenbefund fast normal, bis auf die linke Lunge, wo sich noch etwas bronchiales Atmen findet. Blasenspülungen immer sehr schmerzhaft; besonders nach der Spülung starkes Brennen. Urin wird heller. Leukocyten in geringer Menge. Umschlag weiter.

9. XII. Temperatur seit dem 7. XII. normal. Lungenbefund seit dem 5. XII. ohne Besonderheiten. Urin leicht trüb. Die Wunde verkleinert sich unter Anätzen durch gutes Granulieren. Dagegen ist der ganze obere Teil auf eine Strecke von ca. 5 cm unterminiert, entsprechend der Naht. Austamponieren. Schwarzsalbe. Heute Herausnahme des Verweilkatheters.

14. XII. Verbandwechsel. Anätzen. Blasenspülung täglich. Pat. steht heute auf. Im Urin vereinzelte Epithelien, viel Leukocyten. Die Symphyse auf Druck noch stark schmerzhaft, ebenso die rechte Synchondrosis sacro-iliaca.

17. XII. Gestern und heute keine Blasenspülung. Verbandwechsel. Anätzen der Wunde und der Fistel nach oben.

31. XII. Pat. wird heute mit Verband nach Hause entlassen und soll aller zwei Tage zum Verbandwechsel und zur Blasenspülung wiederkommen. Auf den Lungen alles in Ordnung. Am Becken noch Schmerzhaftigkeit der Synchondrosis sacra-iliaca. Urin leicht trübe. Die Fistel noch 5 cm lang.

---

34. Am 20. Dezember 1901 fiel einem 43 Jahre alten Mühlenarbeiter ein Sack mit Getreide im Gewichte von 230 Pfund auf den Leib. Pat. stand auf einer Bohle und trug den Sack über der Schulter. Plötzlich war Pat. ausgeglitten, der Sack fiel über die Schulter nach vorn und schlug auf den untersten Teil des Bauches und des Penis. Pat. fiel hin und verlor die Besinnung. Der Sack lag über ihm. Pat. wurde aufgehoben und nach seiner Wohnung gefahren. Als er zur Besinnung kam, verspürte er heftige Schmerzen im Leib und Penis. Er hatte den Drang, zu urinieren, konnte aber kein Wasser lassen. Der Arzt, der sofort geholt wurde, verordnete Medizin und kalte Umschläge. Nachts mufste der Arzt nochmals geholt werden, da die Schmerzen unerträglich wurden. Pat. hatte namentlich bei Hustenstöfsen das Gefühl, als ob ihm der Leib platzen wollte. Der Arzt gab Tropfen, auf die die Schmerzen sich jedoch nicht besserten. Pat. mufste vielmehr fortwährend brechen.

Am Morgen des 21. wurde er ins Krankenhaus geschafft, wo er mit Pulvern und kalten Umschlägen behandelt wurde. Die Schmerzen wurden etwas geringer. Vom 21. morgens ab hat er sehr oft erbrochen. Das Erbrochene

war sehr übelriechend. Stuhl hatte er an diesem Tage nicht, ebenso keine Winde.

Am 22. früh wurde Pat., da er noch keinen Urin gelassen hatte, katheterisiert. Es wurde etwa $^1/_4$ Liter Urin entleert, der viel Blut enthalten haben soll.

Am 23. früh gegen 9 Uhr hatte Pat. etwas weichen Stuhl; dabei gingen auch Winde ab. Bis 4 Uhr sind noch 4 Winde abgegangen, seitdem bis jetzt keine mehr. Erbrechen seit ca. $1^1/_2$ Stunde sistiert. Urin vor 1 Stunde gelassen.

Status praesens: Mittelgrofser, kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungszustande und blasser Gesichtsfarbe. An Lungen und Herz nichts Besonderes. Puls klein, beschleunigt (124). Temperatur 37,8. Unterleib hochgradig gespannt, auf leises Berühren stark schmerzhaft. Symphysengegend auf Druck ungemein schmerzhaft; ebenso auch das Becken bei Kompression desselben durch Druck auf beide Trochanteren resp. Darmbeinschaufeln. Hierbei fühlt man auch Krepitation. In den abhängigen Teilen des Bauches Dämpfung, die sich bei Lagewechsel ändert. Darmbewegungen sind hörbar. Ausheberung des Magens ergiebt grofse Mengen gelblicher, trüber, nicht nach Stuhl riechender Flüssigkeit.

Es wird sofort zur Operation geschritten — (Prof. Dr. Henle) in Morphium-Äther-Narkose: Medianschnitt wie bei der Sectio alta. Sofort nach Auftrennung der Haut beginnt der Ausflufs von blutig-seröser Flüssigkeit aus den Geweben. Dieser Ausflufs wird ein massenhafter, nachdem die Linea alba durchschnitten und das Cavum Retzii eröffnet ist. Nach Eröffnung des Peritoneum findet sich die gleiche Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Die Darmschlingen wenig gerötet. Verlängerung des Schnittes bis fast zum Nabel. Vorziehen der Blase, deren seröser Überzug gleichfalls stark blutig imbibiert ist. Einführung eines Katheters. An der Hinterwand zeigen sich einige kleine Einrisse, die jedoch nicht tief gehen. Übernähen derselben. Beim Palpieren vom Cavum Ritzii aus fühlt man den rechten horizontalen Schambeinast gebrochen. Ein spitzes, bewegliches Fragment ragt gegen die Vorderfläche der Blase zu vor, läfst sich aber leicht dem Becken wieder anlegen.

Einlegen von zwei Jodoformgazebeuteln nach oben und hinter die Blase, sowie eines mittelstarken Drains. Naht des oberen Teiles der Bauchwunde mit Draht.

Der Puls hat sich während der Operation mehr und mehr verschlechtert. Alsbald nach Beendigung derselben erfolgt der Tod.

Die Sektion ergab einen Rifs in der vorderen Blasenwand, sowie einen Bruch des horizontalen und vertikalen Schambeinastes der rechten Seite. Ausgedehnter Bluterguſs im retroperitonealen Gewebe, bis zur Niere hinaufreichend.

Den Bericht über den kommenden Fall verdanke ich der Güte des Herrn Oberstabsarztes Dr. Eichel. Hierfür sowie für die Anregung zu dieser Arbeit sei ihm mein gehorsamster Dank ausgesprochen.

35. Der 23jährige Kanonier N. stürzte am 17. VIII. 1899 aus einer Futterluke und wurde um 2 Uhr nachts aufgefunden. Über die Art des

Falles vermag er nichts anzugeben, vor allem nicht, ob er mit dem Leib aufgeschlagen ist. Der Boden befand sich etwa $5^1/_2$ m über der Erde. Sofortige Aufnahme ins Barackenlazarett Hagenau.

Aufnahmebefund: Mittelkräftiger Mann, liegt auf der rechten Seite, in sich gekrümmt, mit angezogenen Beinen, stöhnend. Bewufstsein erhalten. Keine Kopfverletzungen. Pupillen reagieren gleichmäfsig. Keine Lähmungen am Gesicht und den Gliedern. Atmung ruhig und tief (18—20); Puls von guter Spannung, mittlerer Füllung (84).

Die Gegend des 9. Brustwirbels auf Druck stark schmerzhaft, hier auch eine etwa handflächengrofse, flache, fluktuierende Geschwulst unter normaler Haut. Krepitation oder abnorme Knochenbeweglichkeit nicht zu fühlen. Aufser an der angegebenen Stelle die Wirbelsäule weder auf Druck noch spontan schmerzhaft.

Heftige Schmerzen in der ganzen Bauchhöhle, besonders in ihrem unteren Teile, die auf Druck erheblich stärker werden. Der mit dem Katheter entleerte Urin (in Menge von 150 ccm) stark blutig gefärbt.

Verlauf: Allgemeinbefinden des Pat. blieb am 17. ein gutes. Jedoch trotz heftigen Harndranges Unmöglichkeit, spontan zu urinieren. Mit dem Katheter wurden mittags und abends je 180 ccm blutigen Urins entleert. Morphium.

18. VIII. Schmerzen in der Blasengegend stärker. Starker Urindrang. 220 ccm blutigen Urins mit dem Katheter entleert. Temperatur 38^5. Der zugezogene Dr. Eichel stellt folgendes fest: Allgemeinzustand wie oben, nur Temperatur erhöht (39^5). Puls 100, leicht unterdrückbar. In der Unterbauchgegend eine Dämpfung, die bis handbreit unter den Nabel reicht. Ihre seitlichen Grenzen lassen sich nicht genau feststellen. Die bedeckenden Weichteile jener Gegend deutlich ödematös; Leib im ganzen etwas auf Druck schmerzhaft. In dem Dämpfungsbezirke auch auf leichtesten Druck lebhafte Schmerzen. Katheterismus gelingt leicht. Es entleeren sich ca. 150 ccm blutigen Urins. Kein Erbrechen. Winde, Stuhlgang spontan.

Diagnose: Blasenruptur. Eine Mitverletzung des Darmtraktus erschien bei der vorhandenen Stuhlentleerung nicht wahrscheinlich, eine Nierenverletzung konnte nicht ausgeschlossen werden.

Operation: Leichte Chloroformnarkose. Schnitt in der Mittellinie, zwei Finger breit unter dem Nabel beginnend. Bei der Durchtrennung der Weichteile zeigen sich dieselben stark mit Urin durchtränkt und dadurch sehr stark verdickt. Nach Durchtrennung der hinteren Rektusscheide im unteren Wundwinkel gelangt man in eine Höhle, die sich als die Blase erweist. Bei genauem Zusehen findet man, dafs der Vertex derselben in seinem vorderen Umfange abgetrennt und nach oben hin mit den verklebten Bauchwandungen verzogen ist. Der vorliegende, die ganze Blasenwandung durchsetzende Querrifs ist etwa 7 cm lang. Der Rifs liegt extraperitoneal. Aufser diesem Querrifs findet sich noch ein zu diesem senkrechter, nur die Schleimhaut durchtrennender Rifs, der in 9 cm Länge etwa von der Mitte des Querrisses nach oben und hinten verläuft, sodafs die Risse eine Tförmige Figur bilden.

Naht des Schleimhautrisses. Naht des Querrisses nach Einführung eines Nélatons durch die Urethra. Verschlufs der Bauchdecken nach Einlegen eines dicken Drains im unteren Wundwinkel bis auf die Blasennaht.

Temperatur 37^5, Puls 90. Nacht leidlich.

19. VIII. Keine Klagen. Verband blutig serös durchnäfst, wird erneuert. Der aus dem Katheter entleerte Urin noch ziemlich blutig. Temperatur abends 37. Puls 86. Allgemeinbefinden gut. Verband wieder durchtränkt. Nélatonurin weniger blutig.

21. VIII. Verband vollständig durchtränkt. Aus dem Katheter fliefst nichts ab. Katheterwechsel.

22. VIII. Temperatur etwas erhöht, abends 38^0. Urin dick, weifslich, trüb. Verband stark durchtränkt, sodafs er nochmals gewechselt werden mufs. Die Bauchdeckennähte werden zum gröfsten Teile entfernt. Die vorliegende Blase sieht belegt aus. Blasenspülungen.

25. VIII. Die Blasennaht ist zum Teil aufgegangen. Ihre Ränder zeigen teilweise Nekrose. Drain in die Blase und Spülung durch dasselbe. Katheter entfernt.

29. VIII. Allgemeinbefinden gut. Hautwunde etwas belegt. Aus der Blasenwunde haben sich zwei nekrotische Fetzen mit Seidenfäden entleert. Überführung des Kranken aus dem Barackenlazarett des Truppenübungsplatzes Hagenau ins Garnisonlazarett Strafsburg i. E.

30. VIII. Pat. hat den Transport gut überstanden. Die Bauchdeckenwunde sieht leidlich aus. Die Blasenwunde hat sich noch nicht vollständig gereinigt. Man sieht an ihren Rändern immer noch einige flottierende Fetzen. Der Defekt in der vorderen Blasenwand reichlich fünfmarkstückgrofs. Einführung zweier neuer Drains, Heberdrainage und täglich zweimalige Spülung mit Borlösung (3%).

2. IX. Der Urin immer noch stark eitrig. Beim Spülen stofsen sich grofse Fetzen abgestorbenen Gewebes ab. Allgemeinbefinden gut. Von Seiten der Wirbelsäule keinerlei Störungen. Der Bluterguſs über dem 9. Brustwirbel fast verschwunden.

10. IX. Die Wunde beginnt sich unter täglich zweimaligen Blasenspülungen zu reinigen.

15. IX. Entfernung des einen Drains.

21. IX. Das dicke Drain wird durch ein dünnes ersetzt. Die Urinentleerung erfolgt zum grofsen Teil durch die Harnröhre. Urin noch ziemlich trübe.

30. IX. Bauchwunde bis auf die Drainstelle geschlossen. Urin ziemlich klar. Das letzte Blasendrain wird fortgelassen.

7. X. Die Blasenwunde bis auf eine feine Fistel geschlossen. Die Blase vermag ca. 170 ccm Urin zu fassen. Urin ziemlich klar.

13. X. Durch die Fistel der Bauchwand entleert sich nichts mehr.

15. X. Fistel geschlossen geblieben.

30. X. Aus der Fistel entleeren sich wieder einige Tropfen Urin.

18. XI. Fistel in letzter Zeit völlig geschlossen. Durch Blasenspülungen ist der Urin bis auf einen geringen Bodensatz klar. Blasenkapazität ca. 350 ccm.

23. XII. Wunde vollständig geschlossen. Urinentleerung schmerzlos, ohne Beschwerden. in etwa dreistündigen Intervallen. Blasenkapazität ca. 400 ccm. Als Invalide entlassen.

An der Hand vorstehender Zusammenstellung von 35 Fällen subkutaner Blasenrupturen sei es mir im folgenden gestattet, einige Fragen zu erörtern, die sowohl für die Erkenntnis als auch die Behandlung obiger Verletzung von Interesse sind.

Schon die Sicherstellung eines vorangegangenen Traumas — der Einwirkung einer äufseren Gewalt auf die Blasengegend oder besser die Gegend des kleinen Beckens — mufs ja, unter Berücksichtigung der übrigen Symptome, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Blasenruptur näherlegen und damit den Weg zum Einschlagen der richtigen Therapie noch ebnen, als z. B. in Fällen wie Nr. 1, 7 u. 22, wo nur eine gröfsere, körperliche Anstrengung, das Heben einer Last, oder gar nur eine plötzliche, schnelle Bewegung bei gefüllter Blase anamnestisch festzustellen war.

Dafs nun in der gröfsten Mehrzahl ein Trauma die direkte Ursache einer Blasenruptur ist, dürfte wohl kaum erst des statistischen Beweises bedürfen, beruhen doch auch von unseren 35 Fällen 31 sicher auf traumatischer Grundlage. (Nr. 2—6, 8, 10—21, 23—35.) Fall 17 hat völlig dunkle Vorgeschichte, während bei Fall 1 und 7 nur körperliche Anstrengung, Heben einer Last, bei Fall 22 entweder die körperliche Bewegung beim Steigen aus dem Bett oder der doch nur niedrige Fall von der Bettkante zu Boden — allerdings bei sicher prall gefüllter Blase — angeschuldigt werden können. Gänzlich eines ersichtlich vorangegangenen Traumas sowie einer den Fällen 1, 7 und 22 zu Grunde liegenden Ursache entbehrt jedoch auffälligerweise der Fall 9, wenn man nicht lokalisierte, schwere cystitische ev. ulceröse Veränderungen der Blasenwand infolge des langjährig vorhandenen Blasensteines vielleicht mit einer unabsichtlichen und deshalb unbemerkten, heftigen körperlichen Bewegung des Pat. bei überfüllter Blase zusammenbringen will, da ein direktes Platzen der Blase infolge Überfüllung ohne jedwede andere Einwirkung kaum glaubhaft erscheint. Am klarsten liegen die Fälle (Nr. 11, 13—16, 19—21, 24, 25, 33 u. 34), bei denen eine Beckenfraktur mit dem Blasenrifs kombiniert war. In der Mehrzahl dieser Fälle ist sicher die Blase durch ein Fragment angespiefst oder zwischen die im Moment des Eintretens der Fraktur auseinanderweichenden und dann zurückfedernden Fragmente eingeklemmt und rupturiert worden. In Fall 34 liefs sich das in das Beckenlumen hineinragende Knochenstück, welches vermutlich den Blasenrifs gesetzt hatte, bei der Operation konstatieren.

Betrachten wir nun im weiteren die Behandlungsarten, welche bei obigen 35 Fällen eingeschlagen wurden, und stellen wir fest, welchen Erfolg dieselben hatten.

Bei der Gegenüberstellung der operativ eingreifenden Behandlung — worunter ich allerdings hier das Einführen eines Verweilkatheters sowie das öftere Katheterisieren nicht rechne, — und der lediglich abwartenden, symptomatischen ergiebt obige Statistik folgende Resultate.

Von 35 Fällen wurden 21 (Fall 1, 4, 6, 9—12, 18, 19, 23—26, 28—35) operiert, und von diesen genasen 18 = 85,7 % Heilung. Drei starben trotz Operation (Fall 23, 28, 34). Die 14 nicht operierten Fälle (Nr. 2, 3, 5, 7, 8, 13—17, 20—22, 27) endeten 7 mal (Nr. 2, 8, 13—16, 27) mit Heilung, 7 mal (Nr. 3, 5, 7, 17, 20—22) mit dem Tode = 50 %. Noch ungünstiger stellt sich das Resultat der nicht operierten Fälle, wenn man einesteils berücksichtigt, dafs der Fall 2, der in Heilung überging, höchstwahrscheinlich keine vollständige Ruptur war, sondern nur Schleimhautrisse aufwies, und andernteils bei den Fällen 13—16 wohl kaum von einer vollkommenen Heilung gesprochen werden kann, da sie sämtlich nach Jahren doch noch einer Operation zur vollständigen Heilung bedurften, während man bei Fall 13 nicht einmal absolut sicher eine Blasenruptur infolge eines durch die Blasenwand getriebenen Knochensplitters annehmen darf, da ja der später vorgefundene Schambeinsplitter auch durch Perforation eines Abscesses in die Blase eingewandert sein kann.

Betrachtet man des weiteren die drei Fälle (23, 28, 34), welche trotz Operation zu Grunde gingen, so findet man, dafs bei Fall 23 erst 5 Tage, bei 28 erst 8 Tage nach der Verletzung zur Operation geschritten wurde und die Operierten dann den Folgen der Urininfiltration mit nachfolgender allgemeiner Sepsis erlagen. Bei Fall 34, welcher am 4. Tage nach dem Trauma zur Operation kam, dürften mehrere Ursachen zusammengewirkt und den Tod herbeigeführt haben: einmal der Blutverlust, bedingt durch eine erhebliche Blutung in das retroperitoneale Bindegewebe bis zu den Nieren hinaufreichend, dann aber auch die schwere, peritonitische Reizung, welche in erheblicher Druckempfinlichkeit, Darmparese, resp. vorübergehender Paralyse mit Meteorismus, Erbrechen und zeitweisem Fehlen der Flatus zum Ausdruck kam. Unter Mitberücksichtigung des Pulses mufste man bei dem

Kranken eine schwere Peritonitis diagnosticieren, gegen welche einzig die durch Auskultation nachweisbare Peristaltik sprach. Da durch die Operation eine Peritonitis nicht nachgewiesen wurde, müssen die Erscheinungen als peritonitische Reizung aufgefafst werden, bedingt durch die präperitoneale Urininfiltration.

Ziehen wir jetzt bezüglich der Frage: „wann wurde nach erfolgtem Trauma mit günstigem Ausgange operiert?“ noch die 18 Fälle mit Heilung zum Vergleiche heran, so finden wir folgendes:

Noch am selben Tage der Verletzung wurden operiert: Fall 9 und wahrscheinlich die Fälle 1, 4, 10 und 26, da in den mir zugängigen Berichten wohl eine erst in späteren Tagen vorgenommene Operation betont worden wäre.

Am folgenden Tage kamen zur Operation die Fälle 11, 19, 24, 25, 33 und 35.

Zwei Tage nach dem Trauma wurde die Operation vorgenommen bei Fall 30 und 31.

Drei Tage nach der Verletzung operierte man Fall 18 und 29.

Vier Tage post. traum. wurden Fall 6 und 32 operiert, während man bei Fall 12 erst 11 Tage nach der Verletzung zur Operation schritt.

Betrachten wir nun obige Zahlen unter Berücksichtigung der erfahrungsmäfsigen Thatsache, dafs die hauptsächlichste Lebensgefahr bei Blasenruptur in der allgemeinen Sepsis und der Peritonitis besteht, und schalten wir deshalb den durch die besonders starken, inneren Blutungen ungünstig komplizierten Fall 34 aus, so kommen wir zu dem Resultate, dafs die bis zum vierten Tage nach dem Trauma operierten Fälle eine im allgemeinen günstige Prognose darboten, während die noch später operierten Fälle 23 und 28 mit dem Tode endeten.

Dafs aber auch in ganz besonders günstigen Fällen eine sehr spät ausgeführte Operation noch helfen kann, beweist Fall 12, wo vielleicht die Lage des Blasenrisses, welcher wohl zwischen Symphyse und Prostata durch einen Hufschlag entstand — Pat. war, mit einem Fufse im Bügel hängend, mit gespreizten Beinen geschleift und vom Pferde gegen die Dammgegend geschlagen worden — den Fall insofern begünstigte, als es dadurch zur Bildung von Dammabscessen kam und die Urininfiltration das Peritoneum nicht erreichte.

Unterziehen wir nun im Anschluſs hieran noch diejenigen nicht operierten Fälle, bei denen es zu keiner tödlichen Sepsis oder Peritonitis kam, einer eingehenderen Betrachtung.

Bei Fall 2, welcher unter indifferenter Behandlung heilte, waren wahrscheinlich, wie schon oben erwähnt, nur Risse in der Blasenschleimhaut entstanden. — (Cystoskopischer Befund.) Eine gleiche Erklärung dürften wohl auch die Fälle 8 und 27 finden, bei denen keinerlei Symptome von Urininfiltration oder freier Flüssigkeit im Abdomen erwähnt sind. Leider war ich bei diesen beiden sowie auch den folgenden vier Fällen auf die oft nur sehr kurzen Referate angewiesen.

Fall 13 ist, wie schon oben angeführt, vielleicht gar keine vollständige Blasenruptur gewesen, während Fall 14—16 zwar sicher mit einer vollständigen Durchtrennung der Blasenwand durch abgesprengte Knochensplitterchen einhergingen, jedoch höchstwahrscheinlich der Gröſse der per urethram abgegangenen Splitter entsprechende, nur unbedeutende Perforationsstellen davontrugen, ganz abgesehen davon, daſs letztere vier Fälle doch noch später operiert werden muſsten.

Sonach dürfte der günstige Verlauf vorgenannter 7 Fälle ohne operativen Eingriff seine Erklärung in nur unvollkommener oder ganz minimaler Durchtrennung der Blasenwandung gefunden haben und durchaus nicht für eine abwartende, indifferente Therapie bei vollkommener subkutaner Blasenruptur sprechen.

Bemerkenswert erscheint übrigens bei der Betrachtung der besonders günstig verlaufenen Blasenverletzungen der Umstand, daſs in obiger Statistik von 35 Fällen 3 mal als Trauma Hufschlag vorkommt, und daſs diese 3 Fälle unerwartet günstig verliefen: 12 erst am 11. Tage operiert und Heilung; 8 und 27 Heilung ohne Operation.

Stellen wir uns nun am Schlusse obiger Erwägungen die Frage: Soll ein der subkutanen Blasenruptur Verdächtiger, und wann soll er einer eingreifenden Operation unterzogen werden, so müssen wir zu der Antwort gelangen, daſs — trotz mehrerer in der Litteratur vorhandener Fälle, die ohne operativen Eingriff heilten, bei denen aber nicht immer eine totale Ruptur der Blase feststeht — die Operation die einzige, ziemlich sichere Heilung versprechende Therapie dieser Verletzung ist, und zwar, daſs sich die Prognose, je früher man zum Messer greift, um so günstiger stellt. Eine Operation, erst drei Tage nach dem Trauma

ausgeführt, dürfte schon im allgemeinen eine zum mindesten sehr zweifelhafte Prognose haben, wie Fall 34 beweist, den sicher eine früher ausgeführte Operation vor dem Tode bewahrt hätte. Auf jeden Fall aber operiere man, sei es auch noch so spät, nach erfolgtem Trauma, wenn es der Zustand des Patienten nur einigermaſsen erlaubt; denn verschlechtern wird man den Fall durch die Operation kaum, wohl aber den Patienten noch retten, wie Fall 12 darlegt.

Versuchen wir nun im folgenden aus den eingeschlagenen Operationsmethoden obiger 21 operierter Fälle und deren Heilungsverlauf — soweit mir Beschreibung der Operation u. s. w. zur Verfügung stand — eine Lehre für die operative Therapie der subkutanen Blasenruptur zu folgern.

Hierbei muſs zunächst eine Trennung zwischen den extra- und intraperitonealen Rupturen vorgenommen werden.

Bei den extraperitonealen Rupturen wurden hier folgende Operationsmethoden angewandt:

a) Bauchdeckenschnitt wie bei der Sectio alta, Aufsuchen der Rupturstelle, ohne die Blase zu eröffnen, Naht der Ruptur, (Desinfektion des durch den Urinaustritt infizierten Gewebes), Tamponade eventl. Drainage der Blasenumgebung, Dauerkatheter, teilweiser Verschluſs der Bauchdeckenwunde.

b) Bauchdeckenschnitt wie bei der Sectio alta, vergebliches Aufsuchen der Rupturstelle, keine Eröffnung der Blase, keine Naht der Blasenwunde, Tamponade und Drainage der Umgebung der Blase, Verweilkatheter u. s. w.

c) Bauchdeckenschnitt wie bei der Sectio alta, vergebliches Aufsuchen der Rupturstelle, Eröffnung der Blase zwecks Auffindens der Ruptur, Drainage der Blase durch die gesetzte Blasenwunde, Nélaton. Keine Naht von Blase und Bauchdecken.

d) Sectio alta, Drainage der Blase u. s. w.

e) Bauchdeckenschnitt oberhalb und parallel dem Poupartschen Bande, Aufsuchen der Blase, Naht der Ruptur, zweiter Schnitt an ersteren ansetzend in der Linea alba, Reinigung und Tamponade der Blasenumgebung, Nélatondauerkatheter.

Unter a) sind einzureihen die Fälle 1 und 35. Fall 1: glatt geheilt. Bei Fall 35 trat die Heilung erst nach 4 Monaten ein, da sich eine Blasenfistel infolge Nichthaltens der Blasennaht gebildet hatte.

Unter b) gehören die Fälle: 11, 18 und 33. Fall 11: glatt geheilt. Bei Fall 18 Heilung unter Blasenfistelbildung. Bei Fall 33 Heilung erst nach zwei Monaten infolge schwerer Lungenentzündung.

Unter c) gehört der Fall 19, der nach zwei Monaten zur Heilung gelangte.

Unter d) fallen die Fälle 9, 10 und 28. Bei Fall 9: glatte Heilung; bei Fall 10: Heilung erst nach 5 Monaten infolge schwerer Sepsis; bei Fall 28: Tod infolge bereits ausgedehnter Gangrän der vorderen Blasenwand.

Unter e) fällt der Fall 30, bei welchem infolge schwerer Sepsis erst nach 4 Monaten Heilung eintrat.

Das Referat über Fall 23 bietet zu wenig Anhaltspunkte über die vorgenommene Operation. Auch ging Pat. infolge zu spät ausgeführter Operation wahrscheinlich an Sepsis zu Grunde.

Endlich kommt die im Falle 12 eingeschlagene Operationsmethode hier nicht mit in Betracht, da sie infolge der abnorm aufgetretenen Abscefsbildungen auf den Damm und die Inguinalgegend lokalisiert wurde.

Bei den intraperitonealen Rupturen wurden folgende Operationsmethoden angewandt:

a) Laparotomie, Aufsuchen des Blasenrisses ohne Eröffnung der Blase, Naht der Ruptur, Tamponade der Blasenumgebung, Nélatonverweilkatheter, teilweiser Verschlufs der Bauchdecken.

b) Laparotomie, Aufsuchen des Blasenrisses durch Blasenschnitt, Naht der Ruptur, Offenlassen der gesetzten Blasenwunde, Drainage der Blase, Tamponade der Blasenumgebung, Nélatonverweilkatheter, teilweiser Verschlufs der Bauchdecken.

Unter a) sind einzureihen die Fälle: 6, 24, 25, 26, 29, 31 und 32. Bei den Fällen 6, 24, 26, 29, 31 und 32 trat glatte Heilung ein; bei Fall 25: Heilung unter kurzer Fistelbildung.

Unter b) gehört der Fall 4, über dessen Heilverlauf nichts Ausführliches referiert wird, dessen Heilung aber doch wahrscheinlich durch eine Blasenfistel verzögert worden sein dürfte. Interessant erscheint in diesem Falle die Selbsthilfe der menschlichen Natur, welche hier durch Bildung eines die ganze Blase prall füllenden Blutgerinnsels die Blutung selbst tamponierte. Wahrscheinlich wird hier bei Entstehung der Ruptur ein Hauptast der Arteriae vesicales inferiores stark angerissen worden sein, sodafs sofort eine ausgiebige Blutung in die Blase erfolgte. Ein

ähnlicher Fall von Selbsthilfe der Natur ist mir vor kurzem im Pathologisch-Anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt zu Gesicht gekommen, wo intra vitam die Diagnose auf Magentumor gestellt war und man bei der Sektion den stark ausgedehnten Magen mit einem festen Blutgerinnsel vollkommen angefüllt fand, das einem vollständig getreuen Ausgusse des Magens glich und vielleicht durch Tamponade dazu beigetragen hatte, die Blutung aus einem Ulcus an der kleinen Kurvatur zu stillen. Das Ulcus hatte die Arteria coronaria ventriculi dextra arrodiert.

Bei Fall 34, bei dem erst ein Schnitt wie zur Sectio alta gemacht wurde, an den sich dann die Laparotomie schlofs, mufste die Operation nach Übernähung kleinerer Schleimhautrisse und Tamponade und Drainage der Blasenumgebung infolge Kollapses des Patienten abgebrochen worden. Unmittelbar nach der Operation Exitus letalis.

Ziehen wir nun aus den oben angewandten Operationsmethoden unsere Schlüsse.

Steht die Diagnose einer extraperitonealen Blasenruptur fest, so mache man den Bauchdeckenschnitt wie zur Sectio alta, schliefse vorliegende Rupturen durch die Naht, suche aber nicht unnötig lange nach der Rupturstelle, sondern tamponiere und drainiere die Umgebung der Blase, führe einen Verweilkatheter per urethram ein und schliefse die Bauchwunde bis auf eine Tamponlücke.

Dafs es durchaus nicht unbedingt nötig ist, bei oben angeführter Operationsmethode die extraperitonealen Rupturstellen durch die Naht zu vereinigen, beweisen die Fälle 11, 18 und 33 zur Genüge.

Die operative Eröffnung der Blase bei extraperitonealen Blasenrupturen zwecks Auffindens der Rupturstelle und Naht derselben ist in der Regel zu verwerfen — es sei denn, dafs die Komplikation eines Blasensteines naheliegt (Fall 9) — da dadurch einerseits nur eine eventuell sehr langwierige Verzögerung im Heilverlaufe durch eine Blasenfistel herbeigeführt werden kann und andererseits, wie schon angeführt, die Naht einer extraperitonealen Blasenruptur keine unbedingte Notwendigkeit ist.

Bei intraperitonealen Blasenrupturen hingegen ist es durchaus erforderlich, die Rupturstelle aufzusuchen und zu vernähen, oder, wie Bardenheuer vorschlägt, aus der intraperitonealen

dadurch eine extraperitoneale Ruptur zu schaffen, dafs man das Peritoneum möglichst weit hinten an die Blase annäht.

Dafs es natürlich von gröfster Wichtigkeit für das Leben des Patienten ist, möglichst frühzeitig die sichere Diagnose einer Blasenruptur, sei sie extra- oder intraperitoneal, zu stellen, um operativ einer akuten Peritonitis oder den Folgen einer Urininfiltration zuvorzukommen, unterliegt keinem Zweifel.

Die einschlagende Litteratur der letzten Jahre weist eine erhebliche Anzahl von Arbeiten auf, in denen die Beobachtung von Symptomen angeführt wird, die zur möglichst frühzeitigen Sicherstellung der Diagnose einer Blasenruptur geeignet erscheinen. Eine kurze Zusammenstellung solcher Symptome, abgesehen von den Allgemeinsymptomen, die durch Einwirkung einer stumpfen Gewalt gegen das Abdomen ausgelöst werden, und denen einer begleitenden Knochenfraktur, möge hier noch ihren Platz finden.

1. Mehr oder weniger blutiger Urin. Nur zwei Fälle sind veröffentlicht worden, die dieses Symptomes vollkommen entbehren: der eine von Jenkel — vgl. Nr. 24 dieser Arbeit — und zwar erklärt sich hier dieser Symptomausfall wohl mit der Lage des nur $1^1/_2$ cm langen Risses am Blasenscheitel, dem gefäfsärmsten Teile der Blase — der andere von Blum; auch hier safs der Rifs am Blasenscheitel.

2. Mehr oder weniger starker, quälender Harndrang mit Entleerung nur ganz geringer Mengen Bluturins oder begleitet von der Unfähigkeit, zu urinieren.

3. Durch Katheterismus mufs festgestellt werden:

a) dafs die Urethra intakt ist, das Blut also nicht aus ihr stammt, wobei zu berücksichtigen ist, dafs die Blutung bei Urethralzerreifsung nicht unter dem Einflusse des Sphinkter steht;

b) das Quantum in der Blase: dieselbe enthält wenig blutigen Urin, da derselbe sich durch den Rifs entleert (Differenz gegenüber Nierenverletzungen, wobei in der Regel wenigstens die nicht verletzte Niere Urin in die Blase liefert).

4. Bretharte Spannung der Bauchmuskulatur kurz nach der Verletzung (Vichard).

5. Tenesmen im After ohne Stuhlentleerung (derselbe).

6. Durch Palpation nachweisbarer fluktuierender Tumor in der Blasengegend.

7. Dämpfung in der Blasengegend. Dieselbe ist nicht immer absolut, vielmehr findet sich bisweilen ein tiefer Schachtelton.

Derselbe spricht nach Dittrich, wenn er über dem Symphysenknochen und dicht oberhalb desselben auftritt und unmittelbar nach dem Katheterisieren gedämpftem Perkussionsschall Platz macht, für extraperitoneale Blasenruptur. Die Erklärung für dieses Symptom sieht Dittrich in folgendem: Durch die am Schlusse der Katheterisation entstehenden Flatterstöfse, d. h. krampfhaften klonischen Kontraktionen der Blase, wird jedesmal gleich nach der Entleerung des Urins atmosphärische Luft durch den Katheter in die Blase eingezogen. Diese Luft entweicht durch das Loch in der vorderen Blasenwand in das lockere Zellgewebe vor der Blase, durch den ebenfalls sich dorthin drängenden Urin kommt die Luft unter starken Druck, und so findet man bei der Perkussion trotz der Anhäufung des Raumes vor der Blase mit Urin keinen gedämpften Schall, sondern wegen der gleichzeitig dort befindlichen Luft Schachtelton.

Die von Dittrich und Malherbe anempfohlene Injektion von Luft oder, wie Weifs vorschlägt, von Wasser zur Sicherung der Diagnose und Differenzierung von extra- und intraperitonealen Rissen ist schon aus dem Grunde ohne weiteres zu verwerfen, weil durch die Auftreibung der eingerissenen Blase die Rifsstelle naturgemäfs vergröfsert werden mufs, ganz abgesehen von der grofsen Infektionsgefahr von seiten der doch immer dort befindlichen Luft Schachtelton.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Henle sowie Herrn Oberstabsarzt Dr. Eichel für die Anregung zu dieser Arbeit und freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Astier: Wiener Klinische Rundschau 1900, Nr. 20.
2. Bartels: Langenbecks Archiv f. Chir. Bd. 22.
3. Berndt: Langenbecks Archiv f. Chir. Bd. 58.
4. Bert et Vignard: La province médicale 1898, No. 14 (Fortschritte der Chir. Bd. 4, Seite 877).
5. Blumer: Intraperitoneal rupture of the bladder. British med. journ. 1900 Dec. 22. (Fortschritte der Chir. Bd. 6, Seite 865).
6. Braun: Münchener Medizinische Wochenschrift V. B. 1900. S. 213 u. Fortschritte der Chir. Bd. 6.
7. Coff: Lancet 6. II. 97 (Zuelzer, Centralblatt d. Harn- u. Sexualorgane Bd. 9, S. 145).
8. Dalziel: Succesful operation for rupture of the bladder: Pathol. and clinical society. Glasgow medical journal 1898. May (Fortschritte der Chir. Bd. 4, S. 877.)
9. Delamare: Archives de médicine et de pharmacie militaires 1899.
10. Dittrich: Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1899. Bd 50, Heft 1 u. 2.
11. Dohrn: Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1901.
12. Eisner: Prager Medizinische Wochenschrift XXVI. 1901.
13. Eve P. E. Wiener Klinische Rundschau 1900, Nr. 20. Über zwei seltene Fälle von Perforation d. Blase von Dr. J. Pollitzer.
14. Faltin: Finska Läkares änskapots Handlinger Bd. 42 (Fortschritte d. Chir. Bd. 6.)
15. Gantkowski: Nowing lekarski 1900, No. 12 (Fortschritte der Chir. Bd. 6).
16. v. Gizycki: Über Ruptura vesicae urinariae. Inaug,-Diss. Königsberg 1888.
17. Gueterbock: Langenbecks Archiv f. Chir. Bd. 31.
18. Hofmokl: Wiener Mediz. Presse 1889, Nr. 36.
19. Hussey E. L.: Wiener Klinische Rundschau 1900, Nr. 20. Pollitzer.
20. Jenkel: Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 61.
21. Joynt and Greese: A case of perforation of the bladder, causing peritonitis and death; The Lancet 1899, No. 23 (Fortschritte der Chir. Bd. 5, S. 755.)
22. Kerr: A case of intraperitoneal rupture of the bladder: Annals of surgery 1893 Dec.
23. Klimenkow: Chirurgia, Bd. 5, No. 30. (Fortschritte der Chir. Bd. 5, S. 754).
24. Krabbel: Wiener Klinische Rundschau XV. Jahrgang, Nr. 13.



25. Lenz: Zur Kasuistik d. intraperitonealen Blasenruptur: Kleinere Mitteilungen Centralblatt für Chir. 1895.

26. Malherbe: Rupture traumatique de la vessie. Annales des maladies des org. gén.-urin. 1900 (Fortschritte der Chir. Bd. 6, S. 865).

27. Neve: Vesical calculus. Rupt. of the bladder suprapubic. lithotomy; recovery, British med. journ. 1899 Dc. 2. (Fortschritte d. Chir. Bd. 5, S. 755).

28. Pollitzer: Wiener Klinische Rundschau Nr. 20.

29. Rödmann: Über Harnblasenezrreifsungen. I. D. Leipzig 1900.

30. Roll: Norsk Magazin for Laegevidenskaben No. 5. (Deutsche Medizin. Wochenschrift, L. B. Nr. 21, 1901.)

31. Schlange: Langenbecks Archiv f. Chir. Bd. 43.

32. Sieur: Au sujet des ruptures traumatiques de la vessie. Bull. et mém. de la soc. de chir. 1899, No. 27. (Fortschritte der Chir. Bd. 5, S. 755.)

33. Sujetinow: Chirurgia, Bd. 5, No. 30 (Fortschritte der Chir. Bd. 5, S. 754).

34. Thompson: Wiener Klinische Rundschau 1900, Nr. 20, Pollitzer.

35. Vichard: Gazette hebdom. de méd. et de chir. 1900.

36. Walsam: A case of intraperitoneal rupture of the bladder. Med. chir. Transact. 1888. Vol. LIII.

37. Wemmers: Zur Kasuistik der traumatischen Ruptur der Harnblase. I. D. München 1900.

38. Zuckerkandl: Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. X, S. 627.

Litteraturbericht.

1. Erkrankungen der Nieren.

Über die Anwendung des „Adrenalin“ als Hämostaticum in Fällen verzweifelter Blutung. Von Lange. (Münchener medizinische Wochenschrift 1903, Nr. 2.)

Im städtischen Krankenhause zu Baden-Baden wurde in einer kleinen Anzahl von Fällen das Adrenalin als Hämostatikum in Versuch gezogen. Die Resultate waren äufserst günstige: Bei einem „Bluter“ mufste im Anschlufs an eine Verletzung einer Hand ein operativer Eingriff vorgenommen werden; alle möglichen zum Zwecke der Blutstillung vorgenommenen Mafsnahmen erwiesen sich als wirkungslos oder von nur vorübergehendem Erfolge; es wurden nun von der käuflichen Solutio Adrenalini hydrochlorici 5 ccm mit 5 ccm physiologischer Kochsalzlösung vermischt und Gazestückchen mit dieser Flüssigkeit getränkt. Damit wurde die Wunde ausgetupft und tamponiert — die Blutung stand vollkommen und für immer. Bemerkenswert ist dabei noch der Umstand, dafs die Temperatur, die in den Tagen der wiederholten Blutungen sich konstant auf 40° gehalten hatte, wenige Stunden nach der Applikation des Adrenalin auf 37,2° zurückging und sich von da an vollkommen auf der Norm hielt. Die Wunde heilte ohne Störung mit guter Granulationsbildung aus. Bei zwei wegen Perityphlitis operierten Patienten kam es zu heftigen Blutungen aus den offen gebliebenen Operationswunden. Betupfung und leichte Tamponade der Wunden mit durch Adrenalin getränkten Gazestreifen brachte die Blutung zum Stehen. Vom Tage der Anwendung des Adrenalin an wurde die Sekretion eine wesentlich geringere; man könnte daran denken, dafs mit der durch das Mittel stark herabgesetzten Hyperämie auch eo ipso die Sekretion herabgesetzt werden mufste. In der nämlichen Weise wurde auch in einem Falle von heftiger langandauernder Epistaxis sofortige Sistierung der Blutung erzielt. In zwei weiteren Fällen wurde das Mittel tropfenweise innerlich gegeben. Bei einem Falle von Hämoptoe kam es auf 2 mal 30 Tropfen innerhalb 2 Stunden zum sofortigen Stillstand des Blutbrechens, und bei einem Manne mit Magenkarzinom, der regelmäfsig des Morgens heftiges Blutbrechen hatte, hörte nach wenigen Gaben Adrenalin das Blutbrechen baldigst auf, ohne sich zu wiederholen. Schädliche Nebenerscheinungen sind in keinem der Fälle zu Tage getreten.

Jesionek-München.

Über Adrenalin. Tierversuche. Von Lehmann. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 49.)

Um den Einfluſs des Adrenalins auf eine parenchymatöse Blutung verfolgen zu können, excidierte L. bei einem Kaninchen aus einem Leberlappen ein kleines Stückchen und drückte gegen die blutende Stelle Wattebäuschchen, die mit 0,1 $^0/_0$ iger Adrenalinlösung getränkt waren, — ohne Erfolg. Andere Versuche stellte er in der Weise an, daſs er vor dem Einschnitt in die Leber, „sozusagen prophylaktisch“ zunächst unter die Kapsel, dann in das Lebergewebe selbst 1—2 ccm der 0,1 $^0/_0$ igen Lösung injizierte; der betroffene Leberabschnitt wurde nach 7—8 Minuten anämisch, und die Excision verlief ohne einen Tropfen Blut. Nach solchen Injektionen vermochte L. schlieſslich ganze Leberlappen abzutragen, ohne nennenswerte Blutung zu bemerken. Auch wenn nach 30 bis 40 Minuten die Blässe der anämisierten Leberpartie schwand, um einer zunehmenden Hyperämie Platz zu machen, trat auch in diesem Stadium der Blutfülle keine Blutung auf. Verf. glaubt, daſs Adrenalin nicht Spasmus, sondern Thrombose der Kapillaren bewirke. Die von verschiedenen Autoren gemeldeten Nachblutungen rühren wahrscheinlich von kleinen Traumen beim Verbandwechsel her, wenn derselbe vorgenommen worden sei, so lange die Thromben noch nicht organisiert seien. Bei seinen Tieren hat L. Intoxikationserscheinungen niemals konstatieren können. Jesionek-München.

L'emploi thérapeutique de l'adrénaline dans les voies urinaires. Von Bartrine. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1902, No. 11.)

Das Adrenalin hat eine stark gefäſsverengernde Wirkung und läſst sich deshalb zur Anästhesie und Blutstillung verwenden. Bei Hämaturie hat es sich, nach Verf., nur zu diagnostischen Zwecken, vor allem zur Ermöglichung der Cystoskopie, nicht aber zu therapeutischen Zwecken bewährt. Eine ausgedehnte Verwendung hat Verf. es bei Strikturen der Urethra finden lassen. Verf. geht von der Annahme aus, daſs es sich bei schwer permeablen Strikturen sehr häufig um Kongestionszustände handelt, und sucht diese Ansicht klinisch und anatomisch zu beweisen. Er macht deshalb in Fällen, wo Schwierigkeiten bei der Sondierung zu erwarten sind, vorher eine oder mehrere Instillationen eines Kubikcentimeters Adrenalin 1 : 1000 an der strikturierten Stelle. Er führt mehrere Beobachtungen an von Fällen, in denen die Sondierung vergeblich versucht wurde, aber nach der Instillation leicht gelang.

Schlodtmann-Berlin.

Kyste hydatique du rein droit. Von Pluyette. (Journ. des Praticiens 1902, 9. Aug.)

Bei der Kranken P.s, einer 44jährigen Frau, war ein runder, derber, schwer von der Leber zu trennender Tumor im rechten Hypochondrium vorhanden. Die Diagnose schwankte zwischen Hydronephrose und Echinococcus der Niere. Bei der Operation erwies sich die letztere

als zutreffend; die Cyste wurde incidiert und die atrophische Niere entfernt. An der unteren Fläche der Leber war aufserdem noch eine mit Steinen gefüllte Blase vorhanden, die incidiert wurde, und aus welcher 140 kleine Steine entfernt wurden. Heilung.

Dreysel-Leipzig.

Die klinische Diagnose der Cystenniere. Von J. Borelius. (Nordiskt Medic. Archiv 1902.)

Die Cystenniere ist meist ein zufälliger Befund bei der Leiche Von den verschiedenen Theorien giebt keine eine ausreichende Erklärung über die Entwickelung dieser Affektion. Die Cystenniere findet sich häufig bei mehreren Gliedern derselben Familie. Eine Exstirpation cystisch degenerierter Nieren führt häufig zum Exitus. Verf. führt die Krankengeschichten von 4 Fällen an, die er operativ behandelt hat; zwei wurden geheilt; bei einem war die Diagnose vor der Operation gestellt worden; es erscheint nach diesen Fällen wahrscheinlich, dafs die Entwickelung der Cystenniere im frühen Lebensalter beginnt. Die Symptomatologie der cystisch degenerierten Niere ist eine überaus wechselnde und unbestimmte, eine Diagnose daher sehr schwierig.

Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von kongenitaler Cystenniere mit pararenalem Hämatom bei einem Luetiker. Von Hermann Fels. (Münchener medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 42 u. 43.)

Bei einem 42jährigen Seemann wurde im linken Hypochondrium eine Geschwulst konstatiert, die als malignen Nierentumor oder als Milztumor anzusprechen gleich schwierig fiel. Patient ging an Streptokokkendiphtherie und Glottisödem zu Grunde. Die Sektion ergab u. a. hochgradige luetische Atheromatose der Aorta, der übrigen Arterien, insbesondere der Nierenarterie, luetischen Milztumor, kongenitale Cystenniere rechts, halbseitigen Mangel der linken Niere, hochgradige parenchymatöse Nephritis der erhaltenen unteren Nierenhälfte, cystöse Degeneration der Fettkapsel der linken Niere, ausgedehntes abgekapseltes pararenales Hämatom der linken Niere zwischen fibröser Kapsel und Fettkapsel und Peritoneum. Verf. ist geneigt, das Hämatom auf die syphilitische Endarteriitis zurückzuführen und in Parallele zu stellen zu den gleichfalls oft recht voluminösen Hämatomen der Hirnarterien bei Syphilitikern. Zu denken wäre allerdings auch, dafs es sich um eine Blutung in eine Cyste gehandelt hätte. Auch abgesehen von dem Hämatom bietet die linke Niere ein höchst eigenartiges Bild, insofern es sich in ihr um eine Kombination von eigentlichem Adenocystom mit cystischer Degeneration der Kapsel handeln dürfte.

Jesionek-München.

Hypertrophie et sclérose cardiaque dans le rein polycystique. Pathogénie de la sclérose cardiaque des nephrites chroniques. Von Ch. Aubertin. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 561.)

Die Patientin mit dieser Affektion starb unter den Erscheinungen

einer Impermeabilität der Niere, die auch in vivo konstatiert werden konnte. Die Obduktion ergab Cysten der Nieren infolge einer Epitheldegeneration und eine diffuse interstitielle Sklerose des Myocards des l. Ventrikels, während an sämtlichen übrigen Organen absolut keine Erscheinungen von Arteriosklerose zu konstatieren waren. Demgemäfs müssen wir auch für die übrigen chronischen interstitiellen Nephritiden annehmen, dafs die sie begleitende sklerotische Hypertrophie des Myokards Folge einer Undurchlässigkeit der Niere und nicht einer den ganzen Körper befallenden Arteriosklerose ist.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Kyste hydatique dans un rein unique. Lnurie datant de dix jours. Von Nicolich. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 11.)

Es handelt sich um einen Fall von Echinokokkenniere bei Nichtvorhandensein einer zweiten Niere. Wiederholte frühere Anfälle von Anurie, die von Ausstofsen kleiner Phosphatsteine gefolgt waren, führten bei einer von neuem auftretenden Anurie zu der Annahme, dafs Steinbildung die Ursache der Anurie sei. Erst bei der Operation, die am 10. Tage der Anurie stattfand, fand man Echinococcusblasen. Zehn Stunden nach der Operation Exitus; die Autopsie erwies das Fehlen einer zweiten Niere.

Schlodtmann-Berlin.

Treatment of puerperal eclampsia. Von Tuley. (The Therap. Gaz. 15. Nov. 1902.)

Von grofser Wichtigkeit ist geeignete Pflege und Aufsicht, da sich die Kranken während der Anfälle leicht verletzen können. In den Pausen zwischen den Anfällen empfiehlt T. Klystiere mit nachfolgender Kochsalzinfusion, sowie Purgantien. Während der Anfälle leistet Chloroform gute Dienste. Die Entbindung mufs in schonender Weise möglichst beschleunigt werden. Was die Prognose betrifft, so ist sie um so ungünstiger, je früher die Krämpfe auftreten; am günstigsten ist sie, wenn dies erst nach der Entbindung geschieht. Sehr ungünstig gestaltet sich die Prognose, wenn eine Konvulsion nach der anderen auftritt, ohne dafs die Kranke dazwischen zum Bewufstsein kommt. Andauernde hohe Temperatur ist ein ungünstiges Zeichen. Je leichter die Konvulsionen, desto besser die Prognose. In Fällen, wo sich ein präeklamptisches Stadium zeigt, kann eine prophylaktische Behandlung eingeschlagen werden, und zwar besteht dieselbe in erster Linie in passender Diät, und zwar Milchdiät, bei welcher die Patientin so lange bleiben soll, als die Symptome (Nausea, Benommenheit, Kopfschmerzen u. s. w.) andauern. Aufserdem ist reichliche Wasserzufuhr zu empfehlen. Sorge für regelmäfsigen, ausgiebigen Stuhlgang ist von gröfster Wichtigkeit. T. giebt gern durch längere Zeit Kalomel in kleinen Dosen. Sehr zu empfehlen sind häufige Bäder.

von Hofmann-Wien.

Puerperal eclampsia. Von Morell. (Nordwestern Lancet. July 1902 und Mercks Archives, Oct. 1902.)

M. bespricht zunächst die Theorien betreffs des Zustandekommens

der Eklampsie, sowie die Symptome dieser Erkrankung und wendet sich dann der Schilderung der Therapie zu. Man mufs in therapeutischer Hinsicht 3 Gruppen unterscheiden: 1. Prophylaktische Mafsnahmen (diätetische Behandlung u. s. w.). 2. Eklampsie vor Eintritt der Wehen. In diesem Falle sind die Ansichten, ob man möglichst bald die Geburt einleiten soll oder nicht, geteilt, doch erklärt sich die Mehrzahl der Fachmänner für das erstere. Von innerlichen, respektive hypodermatischen Medikamenten hat sich Tinctura veratri viridis, sowie Morphin bewährt. Manchmal haben auch Blutentziehungen gute Wirkung. 3. Ist die Wehenthätigkeit bereits eingetreten, so mufs die Geburt möglichst rasch beendet werden, und tritt die Eklampsie nach der Entbindung auf, so bewähren sich besonders Kochsalzinfusionen. Morphin, Chloroform u. s. w. leisten oft gute Dienste. von Hofmann-Wien.

Anurie mortelle à la suite d'un traumatisme léger. Von Laroche. (Annal. des mal des organ. génit.-urin. 1902, No. 11.)

Nach der Eröffnung eines grofsen tuberkulösen Abscesses am Gesäfs trat eine 3 Tage andauernde Anurie und Exitus ein. Eine Erklärung für diese Anurie konnte nicht gefunden werden. Autopsie fand nicht statt. Schlodtmann-Berlin.

Über das Vorkommen hyaliner und granulierter Cylinder in eiweifsfreiem Urin. Von M. M. Craandyk. (Korrespondenzbl. f schweiz. Ärzte 1902, Nr. 10.)

C. hat bei 20 Phthisikern im eiweifsfreien Urin Cylinder nachweisen können; $^1/_4$ von diesen waren granulierte Cylinder, die meisten hyaline, einige wenige waren mit Leukocyten, Epithelien und roten Blutkörperchen bedeckt. Dreysel-Leipzig.

Recherches expérimentales sur la sécrétion interne des reins. Von A. Vitzou. (Journ. de physiol. et de pathol. génér. 1901, Nov.)

Verf. hat versucht, das Leben von Hunden, bei denen beide Nieren exstirpiert worden waren, zu verlängern, indem er ihnen Serum oder Blut der Nierenvenen normaler Hunde injizierte. Vom defibrinierten Blute wurden 3—10 ccm 3—4 mal unter die Haut, in das Peritoneum und in die Venen gespritzt. Infolge der Injektionen schwanden die urämischen Symptome, um nach 4—10 Stunden wiederzukehren. Mehrere Hunde haben nach Beginn der urämischen Symptome noch 124—146 Stunden gelebt.

Verf. schliefst aus seinen Versuchen, dafs die Niere eine interne Sekretion hat, und dafs die Produkte dieser Sekretion die Fähigkeit besitzen, die im Körper gebildeten Toxine zu neutralisieren.

Dreysel-Leipzig.

Über Nephritis syphilitica acuta praecox. Von C. Zamfiresen. (Spitalul 1902, No. 11.)

Diese Form der Nierenentzündung ist selten und tritt gewöhnlich

im zweiten Monate nach der Infektion auf. Sie hat grofse Ähnlichkeit mit Scharlachnephritis. Die Behandlung mufs eine spezifische und symptomatische sein. Zwei von Z. beobachtete Fälle gingen in Heilung über.
Dreysel-Leipzig.

Über parenchymatöse Nephritis bei Lues. Von Wagner. Aus der med. Klinik zu Leipzig. (Münchener medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 51 u. 52.)

W. referiert über die in der Litteratur vorhandenen, zum Teil recht widerspruchsvollen Angaben über die syphilitische Nierenentzündung, unterzieht die publizierten Fälle einer strengen Kritik und gelangt zu dem Resultate, dafs nur bei 11 von diesen die Annahme eines syphilitischen Ursprunges der parenchymatösen Nephritis nicht in Abrede gestellt werden könne. Ihnen fügt er die Krankengeschichten von drei einwandsfreien Fällen aus der Leipziger medizinischen Klinik an. Für die 14 zusammengestellten Fälle ist der Beweis für den direkten Zusammenhang zwischen der syphilitischen Infektion und der Nephritis erbracht; in der Schwierigkeit, mit Sicherheit alle anderen ätiologischen Momente ausschliefsen zu können, liegt der Schwerpunkt der Diagnose. Von den 14 Fällen handelte es sich 4 mal um hereditär luetische Kinder, 7 mal um Individuen mit den ersten Erscheinungen der Infektion, bei 3 anderen lag die Zeit der Infektion schon weiter zurück; in 12 Fällen trat die spezifische Nierenerkrankung unmittelbar mit resp. kurz nach dem Ausbruch der luetischen Erscheinungen auf. Das zeitliche Zusammentreffen des Beginnes der Nephritis mit der Proruption der Erscheinungen an der Haut stellt ein charakteristisches Moment dar. Symptome und Verlauf bieten keine wesentlichen Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde der parenchymatösen Nephritis; ähnlich verhält es sich mit der Prognose. Es sind 5 Todesfälle verzeichnet neben vollkommener und definitiver Heilung. Aus 3 Sektionsberichten geht hervor, dafs pathologisch-anatomisch nichts für Syphilis Charakteristisches bei den luetischen parenchymatösen Nephritiden gefunden werden kann. Bezüglich der noch sehr strittigen Frage hinsichtlich einer spezifischen Therapie spricht sich W. auf das bestimmteste für die Berechtigung zur Einleitung einer solchen aus, und zwar empfiehlt er als das Zweckmäfsigste eine vorsichtig und unter strenger Bewachung durchzuführende Schmierkur mit kleinen Dosen. Bei den 14 Fällen hatte 4 mal keine merkurielle Behandlung stattgefunden; von den Kranken starben drei und einer genas; bei den 10 anderen Fällen machte sich nur einmal ein toxischer Einflufs des Hg auf die Nieren geltend; von ihnen starben 2, während die übrigen 8 genasen.
Jesionek-München.

Störungen der Regeneration von Nierenepithelien. Von R. Röfsle. (Virch. Arch. 170. Bd. 1902, S. 375.)

Bei einer 21 jährigen Gravida im 7. Monat, die unter den Erscheinungen einer chronischen interstitiellen Nephritis gestorben war, zeigten die Nieren chronisch parenchymatöse und interstitielle Entzün-

dung mit tiefen Narben. Mikroskopisch ist nun folgender Befund auffallend: Regelmäſsig dort, wo erhaltene Nierenpartien von zwei in die Tiefe dringenden, durch colloides Gewebe ausgezeichneten Narben umschlossen sind, findet man vielkernige Epithelien, die auf kleinen ins Lumen der Harnkanälchen vorspringenden Sprossen und Spornen der Tun. propria sitzen, in ganz ungeheurer Menge vor, während narbenlose Teile der Niere diese Epithelien nur sehr spärlich zeigen. Manche Kanälchen weisen auf dem Durchschnitt 3—4 solcher Riesenepithelien vor, in welchen oft 16 und noch mehr Kerne gezählt werden. Diese Zellen finden sich nur in den gewundenen Harnkanälchen, und neben ihnen sind gewöhnlich Lücken in der regelmäſsigen Auskleidung der Kanälchen. R. hält diese Gebilde für Versuche der Regeneration die in dem durch Blutmangel oder Entzündung geschädigten Gewebe gestört wird. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Néphrite et périnéphrite suppurées. Von J. Mallet und J. B. Buvat. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 503.)

Ein 70jähriger Prostatiker geht 5 Tage, nachdem er wegen Retention katheterisiert werden muſste, an Hämaturie zu Grunde. Die Obduktion ergiebt eine von miliaren Abscessen durchsetzte rechte Niere mit fibrolipomatöser Perinephritis, die sämtlich älteren Ursprunges sind, während weder der Urin noch der übrige Urogenitaltraktus irgendwelche eitrige Läsion zeigt. Entweder ist die Niere durch eine ascendierende Infektion, die aber keine Spur in der Blase zurückgelassen hat, oder durch eine hämatogene (aber ohne Symptome zu machen) erkrankt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Nephritis bei Scharlach. Von A. Baginsky. (Arch. f. Kinderheilkunde 1902, Nr. 1 u. 2.)

Unter 919 Fällen von Scharlach fand sich bei 88 eine Nephritis. Das Auftreten einer Nierenentzündung ist nicht abhängig von der Schwere der Scarlatina; Nephritis kann sich auch bei ganz leichtem Scharlach einstellen. Die Zeit des Beginnes ist von prognostischem Werte. Fieber ist nicht immer vorhanden, bisweilen nur zu Beginn der Nephritis. In manchen Fällen bleiben Menge und spezifisches Gewicht des Urines mit Eintritt der Nierenentzündung unverändert, in anderen nimmt die Menge schon einige Tage vor Beginn ab; bei drohender Urämie zeigt sich eine beträchtliche Verminderung der Urinausscheidung. Albumen, Blut und Cylinder finden sich meist im Harn. Die Prognose ist bei allgemeinem Hydrops und Urämie schlecht. Urämische Erscheinungen können schon zu Beginn der Erkrankung auftreten.

Von den 88 Fällen starben 11, 38 wurden chronisch, 18 wurden ganz geheilt. Herzaffektionen sind bei der Scharlachnephritis selten. Zur Behandlung genügen Bettruhe, Bäder, Diät, Milch und Wasser; bei Hydrops leisten heiſse Luftbäder gute Dienste.

Dreysel-Leipzig.

A clinical study of thirty-seven cases of nephritis, with especial reference to the terminal symptoms. Von J. Hall und W. Arndt. (Amer. Medicine 1902, 21. Juni.)

Unter den 37 von Verff. angeführten Fällen befinden sich 28 Männer und 9 Frauen. 5 Kranke litten an akuter, parenchymatöser Nephritis; 3 von diesen genasen, 2 starben an Urämie. Bei 10 Kranken war eine chronische, interstitielle Nephritis vorhanden, die bei 6 letal endigte. Die chronische parenchymatöse Nephritis war 19 mal vertreten und führte bei 14 Kranken zum Tode; ätiologisch kam bei diesen Alkoholismus 12 mal und Syphilis 3 mal in Betracht. Stärkeres Ödem fand sich bei 11 Kranken, wiederholte Punktion des Ascites machte sich bei 8 nötig. Komplikationen seitens des Herzens waren häufig. Urämie kam in 7 Fällen zur Beobachtung, albuminurische Retinitis in 2 Fällen und Verminderung der Sehschärfe in 3 Fällen. Dreysel-Leipzig.

Prognosis and treatment of chronic nephritis. Von de Lancey Rochester. (Americ. Medicine 1902, 23. Aug.)

Die Beschaffenheit der Haut und vor allem der Schweifsdrüsen ist von grofser Wichtigkeit bei Nephritis. Daher ist die Prognose bei schwerer Anämie, ferner auch bei raschem Beginn der Erkrankung, bei häufigen urämischen Anfällen eine schlechte. Die Behandlung hat die Ausscheidung der Abfallstoffe zu erleichtern, den Ernährungszustand zu verbessern. Medikamente, welche die Nieren zu erhöhter Thätigkeit anregen, sind nicht zu empfehlen. Von grofser Wichtigkeit ist die Diät; am besten ist reine Milchdiät. Systematische Bewegungen, eventuell Massage, sind von grofsem Vorteil. Bei Anämie machen sich unter Umständen Sauerstoffinhalationen und Eisen nötig. Eine Obstipation mufs mit salinischen Abführmitteln oder Calomel behandelt werden.

Dreysel-Leipzig.

A consideration of uremia. Von W. H. Robey jr. (Boston Med. and Surg. Journ. 1902, 14. Aug.)

R. hat 143 tödlich verlaufende Fälle von chronischer Nephritis zusammengestellt; von diesen starben 53 unter Konvulsionen, 33 im Coma ohne Konvulsionen, 57 an Entkräftung ohne Konvulsionen und Coma. 60 % dieser Fälle betrafen Männer. Dreysel-Leipzig.

Agurin, ein neues Diuretikum. Von Nusch. (Münchener medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 51.)

Das neue Präparat ist eine Verbindung von Theobrominnatrium mit Natrium aceticum. Vor dem Diuretin ist es durch höheren Gehalt an Theobromin ausgezeichnet, durch erhöhte diuretische Wirkung und dadurch, dafs es frei ist von Salicyl; es besitzt weder irritierende noch toxische Eigenschaften. Nuschs eigene Beobachtungen erstrecken sich zum grofsen Teil auf Fälle von Pleuritis exsudativa; die Erfolge, die er hier mit Agurin erzielte, waren recht gute. Am besten bewährte es sich ihm aber bei inkompensiertem Herzfehler. Da Agurin nur auf die

gesunden Nierenepithelien einwirkt, bietet parenchymatöse Nephritis eine Kontraindikation, während bei chronischer interstitieller Nephritis noch eine wesentliche diuretische Wirkung erzielt werden könne. Störende Nebenerscheinungen, wie Übelkeit oder Erbrechen, hat N. nie beobachtet; 3,0 pro die erachtet er im allgemeinen für ausreichend.

Jesionek-München.

Treatment of the nervous phenomena in chronic nephritis. Von Anders. (The Therap. Gaz. 1902, 15. Nov.)

Die Behandlung der nervösen Symptome bei Morbus Brightii ist eine rein symptomatische: Sedativa, Kataphorese, Laxantien u. s. w. Bei Urämie kann man mitunter durch einen Aderlafs Besserung erzielen. Opium und Morphin sind bei urämischen Erscheinungen erst dann zu versuchen, wenn die bisher erwähnten Mittel ohne Erfolg geblieben sind. Mehr zu empfehlen ist das Chloroform. Von Hypnoticis, welche dem Opium vorzuziehen sind, erwähnt A. das Sulfonal, Trional und Chloralose.

von Hofmann-Wien.

Beiträge zur Diätetik der Nierenkrankheiten. 1. Über die Anwendung der verschiedenen Fleischsorten bei Nierenkranken. Von Kaufmann und Mohr. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XLIV, S. 441.)

Verff. haben Stoffwechselversuche an einer gröfseren Anzahl Nierenkranker angestellt und sind dabei zu dem Resultate gekommen, dafs die Stickstoffausscheidung keine wesentlichen Differenzen zeigt, wenn braunes oder weifses Fleisch gegeben wird. Sie schliefsen sich der Ansicht von Noordens an, dafs braunes Fleisch für Nierenkranke nicht schädlicher ist, als weifses.

Dreysel-Leipzig.

Le diagnostic des calculs du rein par la radiographie. Von Verhoogen. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 11.)

Verf. meint, dafs in zweifelhaften Fällen die Radiographie im stande sei, die Diagnose auf Nierensteine zu sichern resp. umzustofsen. Selbst kleine Steine sind zu erkennen. Er führt 3 Fälle an, bei denen die radiographische Untersuchung positiv ausfiel und bei denen der gröfste Stein von Haselnufsgröfse, der kleinste von kaum Erbsengröfse war. Auf andere Weise konnte in diesen Fällen die Diagnose nicht gestellt werden. Verf. giebt aber zu, dafs es grofser Geschicklichkeit und Sorgfalt bei der Aufnahme der Röntgenbilder bedarf, um verläfsliche Resultate zu erhalten. Die entsprechenden Bilder sind der Arbeit beigefügt.

Schlodtmann-Berlin.

Leucémie et lithiase urique. Von A. Roblot. (Thèse de Paris 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 922.)

In einem Falle, in welchem Leukämie seit 5 Jahren besteht, traten die ersten Symptome von Nephrolithiasis vor $2^1/_2$ Jahren, in einem weiteren Falle von seit 18 Monaten bestehender Leukämie vor 6 Monaten auf. R. nimmt mit Horbaczewski an, dafs die Harnsäure von

einer Zerstörung der Leukocyten herrührt. Die Therapie besteht in reichlicher Zuführung von Alkalien.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Der Einfluſs des Chloroforms auf die Nieren. Von J. Renaut. (Journ. des Praticiens 1902, 12. Apr.)

Chloroform in gröſserer Menge gegeben, ruft immer eine Affektion der Nieren herbei. Nach den von R. an Tieren vorgenommenen Untersuchungen leidet dabei das Epithel der Harnkanälchen. Äther als Narkotikum ist aus diesem Grunde vorzuziehen. Eine Äthernarkose ist völlig ungefährlich, wenn sie in richtiger Weise ausgeführt wird. Um eine Asphyxie zu vermeiden, soll der Äther nur mit Unterbrechungen gegeben werden. Nach völliger Anästhesierung wird mit der Darreichung aufgehört, bis sich die Reflexe einstellen, dann wird wieder für kurze Zeit Äther gegeben.

Dreysel-Leipzig.

Über subkutane Verletzungen der Nieren. Von J. D. Saritcheff. (Medic. Obosrenie Vol. LVII, Nr. 3.)

Verf. hat in den letzten 3 Jahren 5 Fälle von subkutaner Verletzung der Niere beobachtet. Bei dem einen Falle war ein Schlag, bei den übrigen ein Fall die Ursache. Subkutane Hämorrhagien fanden sich bei keinem Falle. Chok war zweimal vorhanden. Schmerzen in der betreffenden Seite, Hämaturie sind wichtige Symptome bei Nierenverletzungen. Ausschlaggebend für die Diagnose sind der cystoskopische Befund und der Verlauf; unter Umständen ist eine Probeincision nötig. Die Prognose hängt von der Widerstandsfähigkeit des Kranken, den Komplikationen und dem Verlaufe ab. Im allgemeinen heilen die Verletzungen, selbst wenn sie mit Rippenfraktur kompliziert sind, unter einer rein exspektativen Behandlung. Indikationen für einen operativen Eingriff sind: Profuse Hämorrhagie, kleiner Puls, anhaltendes Steigen der Temperatur, Zunahme der lokalen Schwellung. Ist die Entfernung der verletzten Niere nötig, dann soll ein Teil des Organes zurückbleiben, bis die kompensatorische Sekretion der anderen Niere begonnen hat. Bei seinen 5 Fällen hat Verf. folgende Therapie angewandt: Eisumschläge, absolute Ruhe, Diät, Injektion von Ergotin, Mixt. sulf. ac., Codein und Morphium.

Dreysel-Leipzig.

Stichwunde in die Niere. Von Tubenthal. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 45.)

Ein Unteroffizier hatte mittels eines Seitengewehres M 84 einen Stich in die linke Lumbalgegend erhalten. Am zweiten Tage nach der Verletzung war blutiger Urin vorhanden; die Weichteile der Nierengegend waren deutlich vorgewölbt und leicht gerötet. Nach Freilegung der Niere durch einen schrägen 14 cm langen Querschnitt, Spaltung der Fascia lumbo-costalis sah man, daſs die Nierenwunde im Längsdurchmesser der Niere, entsprechend der Nierenmitte verlief. Tamponade der Nierenwunde durch Jodoformgazestreifen, Tamponade der groſsen Auſsenwunde.

Nach 6 Tagen Entfernung des Nierentampons. 11 Tage nach der Verletzung war die Nierenwunde geschlossen; Aufsenwunde durch Sekundärnaht allmählich vereinigt. Nach 5 Wochen glatte Heilung.

Jesionek-München.

A case of Ruptured Kidney. Von R. Guiteras. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, p. 564.)

Ein 29jähriger Arbeiter wurde wegen eines akuten Abscesses in der r. Lendengegend, verbunden mit starkem Kräfteverfall, eingeliefert. Mittels Lumbarschnittes wurde eine Menge Eiter entleert. Die Niere war vergröfsert und sklerosiert und es wurde aus ihr ein zirka 4 cm langer und $1^1/_2$ cm breiter Stein entfernt. Der Patient wurde mit einer Fistel entlassen. Nach 1 Monat kehrten die Beschwerden wieder. Die alte Wunde wurde geöffnet, Gegenöffnungen von der Darmseite und vom Rücken her gemacht, wodurch neue Mengen Eiters entleert wurden. Die Niere war fest mit der Nachbarschaft verwachsen, so dafs sie nicht entfernt werden konnte. Der Patient konnte als gebessert entlassen werden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Unilateral renal hematuria. Von A. Eshner. (Med. Soc. of the state of Pennsylvania, Allentown 1902, 16.—18. Sept.)

Die Kranke E.s, ein 20jähriges Mädchen, litt seit dem 8. Jahre an Hämaturie. Da ausgeprägte Symptome eines rechtsseitigen Nierensteines vorhanden waren (im Urin Calciumoxalatkristalle, rote Blutkörperchen, Albumen und granulierte Cylinder), wurde operativ eingegriffen. Die Niere war völlig normal. Die Operationswunde heilte glatt. Die Hämaturie hielt noch einige Tage an und schwand dann völlig; während einer 2jährigen Beobachtungszeit hat sich kein Blut mehr im Urin gezeigt.

Eine zufriedenstellende Erklärung für derartige Fälle ist bis jetzt noch nicht gegeben. Verf. giebt eine Übersicht über 47 ähnliche Fälle; 31 von diesen betrafen Frauen. Dreysel-Leipzig.

Die Wanderniere. Von S. Madsen. (Nordiskt Med. Arch. 1902, No. 1.)

Die Wanderniere findet sich bei Frauen zwischen dem 20. und 50. Jahre verhältnismäfsig häufig. Die rechte Niere ist häufiger beteiligt als die linke. Affektionen des Magens und des Darmes sind nicht selten, stehen aber in keiner direkten Beziehung zur Wanderniere. Dyspepsie, zusammen mit Neurasthenie, Anämie, allgemeine Schwäche, ausstrahlende Schmerzen sind die Hauptsymptome. Die Hauptursache der Wanderniere ist eine angeborene oder frühzeitig erworbene Schlaffheit der Muskeln und Bänder der Bauchhöhle, oder anormale Verwachsungen der Niere mit anderen Organen. Wiederholte Geburten, Traumen spielen seltener eine ätiologische Rolle. Bei der Behandlung ist strenge Diät die Hauptsache; vor allem die dyspeptischen Beschwerden müssen behandelt werden. Bei vorgeschritteneren Fällen ist eine Fixation der Niere durch Bandage nötig. Dreysel-Leipzig.

Sarcome volumineux du rein gauche, néphrectomie. Von V. Pauchet. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 500.)

Der 33jährige Patient hatte vor 5 Monaten eine Hämaturie, ohne dafs ein Tumor palpabel war. 4 Monate später war ein Tumor entstanden, der die ganze linke Bauchhälfte einnahm. Durch Lumboabdominalschnitt wurde die Geschwulst, ein $3^1/_4$ kg schweres Nierensarkom, entfernt. Bemerkenswert ist an dem Fall noch, dafs keine Kompressionserscheinungen, wie Varicocele, bestanden und dafs, abgesehen von der einmaligen Hämaturie, keine Veränderungen des Urins stattgefunden haben und dafs die Methylenblauprobe normale Ausscheidung zeigte.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

2. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Ein Fall von Verdoppelung eines Ureters mit cystenartiger Vorwölbung des einen derselben in die Blase. Von Elliesen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 36. Bd. 1902, S. 644.)

Ein 26jähriger Maschinenhausgehilfe, der vom 8.—15. Lebensjahre an schwerer Cystitis litt, erlitt 4 Wochen vor seinem Eintritte ins Krankenhaus ein Recidiv und ging am 5. Tage nach seinem Eintritte unter den Erscheinungen einer schweren Inanition zu Grunde. Die Obduktion ergab eine um ein Drittel ihres Volumens vergröfserte, von zahlreichen Abscefschen durchsetzte l. Niere, an Stelle der r. Niere einen von schmutzig graubrauner Jauche angefüllten Sack, ohne Spur von Nierengewebe. Von diesem Sacke aus gehen 2 Ureteren, wovon der eine, zwar verdickt, an normaler Stelle endigt, während der zweite, in seinem unteren Drittel einem Dünndarmschlauche an Dicke gleichkommend, nach der Blasenmitte zu dicht neben dem ersten Ureter endigt; dabei liegt das Ende selbst in Form eines walnufsgrofsen Sackes in der Blasenwand, der selbst wieder durch eine kleine Einengung in 2 Ampullen getrennt ist. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Tumeur de la portion inférieure de l'uretère reconnue par la cystoscopie et enlevée par la taille hypogastrique. Von Albarran. (Soc. de chir. 23. Juli 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 716.)

Eine 36jährige Frau litt seit 2 Jahren an Hämaturien, die in letzter Zeit immer stärker wurden. Mittels Cystoskopie wurde ein kleiner, gestielter, papillomatöser Tumor, der die l. Ureterenöffnung verstopfte, diagnostiziert. Nach vorgängiger transperitonealer Laparotomie genügte eine einfache Incision der oberen Wand der Harnleitermündung, um den an der unteren Wand sitzenden Tumor zu entwickeln und zu exstirpieren. Ureteren- und Blasennaht. Heilung. Der Tumor ist histologisch ein Adenom, bis jetzt der 4. Fall in der Litteratur.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Cancer de la vessie avec envahissement ganglionnaire. Von Prat und Lecène. (Bull. de la soc. anatom. de Paris 1902, p. 483.)

Das Präparat entstammt einer 55jährigen Frau und ist deswegen

bemerkenswert, weil es hier trotz totaler karzinomatöser Infiltration der Blasenwand und des perivesikalen Fettes nicht zu visceralen Metastasen, wohl aber zu einer Infiltration der Lymphdrüsen der Iliaca communis und der Iliaca interna gekommen war, während ein Befallensein der Lymphdrüsen bei Blasentumoren selten ist.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Calculs de la vessie, de l'urèthre et de l'uretère. Von G. le Filliatre. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 391.)

Der augenblicklich 50jährige Patient hatte im 20. Lebensjahre eine Gonorrhoe, die im 23. zur Striktur geführt und im 31. und 44. Lebensjahre mit Urethrotomia int. behandelt worden war. Seit $1^1/_2$ Jahren häufiger, aufserordentlich schmerzhafter Urindrang mit sehr trübem, ammoniakalischem Urin. Vom Verf. wurde Blasenstein diagnostiziert. Die Sectio alta ergab einen 51 g schweren, links vom Collum vesicae mit der Blasenwand verwachsenen Phosphatstein und einen 23 g schweren, zirka $1^1/_2$ cm vom Collum vesicae entfernt, in der Urethra, welch letzterer mittels Kocherscher Pinzette entfernt wurde. Blasennaht. Etwa 14 Tage später nach plötzlicher Temperatursteigerung, Lumbalschmerzen, blutigem Urin wurde abermals ein Stein in der Blase gefunden. Der nunmehr wiederholte hohe Blasenschnitt förderte einen 23 g schweren Phosphatstein zu Tage. Der l. Ureter war stark dilatiert. Diesmal wurde die Blase mit einer genügend weiten Fistel geschlossen. Dem Patienten geht es seitdem ganz gut. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über Steinoperationen. Von Preindlsberger. (Wiener med. Presse 1902, Nr. 39—46.)

P. hatte im Laufe von 8 Jahren Gelegenheit, 135 Fälle (darunter 6 Weiber) von Lithiasis zu behandeln. Bei diesen gelangte 93 mal die Sectio alta zur Ausführung (12 Todesfälle = 8,9 %). 80 mal wurde bei diesen Fällen die Blase komplett genäht (darunter 21 mal mit Suspension). 28 mal trat prima intentio ein, mehrmals erfolgte primäre Verheilung der Blasenwunde mit mäfsiger Eiterung aus dem prävesikalen Raum. Die kürzeste Dauer der Wundheilung betrug 5 Tage, der längste Spitalsaufenthalt in einem mit schwerem Decubitus komplizierten Falle 152 Tage, im Durchschnitt 33,4 Tage. Bei 13 Fällen von Lithotripsie trat 1 mal der Exitus ein (7,7 %). Es handelte sich um einen Prostataabscefs und Phlegmone des Beckenzellgewebes. Die Heilungsdauer betrug 3—44 Tage, im Durchschnitt 12 Tage. Die Sectio lateralis gelangte in 1 Falle zur Ausführung. Der Patient, ein 77 jähriger Mann mit Myelitis, ging 6 Wochen später an Marasmus zu Grunde. Die Krankengeschichten der 135 Fälle werden im Auszuge mitgeteilt.

von Hofmann-Wien.

Zur Frage der Blasennaht nach Sectio alta. Von C. Hofmann. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 43.)

Die Frage, ob man nach der operativen Eröffnung der Harnblase durch die Naht oder durch die Drainage bei der Nachbehandlung bessere

Resultate erzielt, wird bis auf den heutigen Tag in verschiedenem Sinne beantwortet. Stellt zweifelsohne die Naht das idealere Verfahren dar, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dafs die durch sie zu gewinnenden Erfolge manches zu wünschen übrig lassen. Ganz abgesehen davon, dafs einem gewissen eklektischen Standpunkt doch immer wird Rechnung getragen werden müssen, mufs unser Streben fortgesetzt auf eine Verbesserung der Technik, wie das z. B. durch die Rasumowskische Methode angebahnt worden ist, gerichtet sein oder aber auf die Herbeiführung geeigneter Vorbedingungen. Zu letzterem Behufe empfiehlt H. an der Hand einer einschlägigen Beobachtung auf das wärmste, durch eine systematische Vorbehandlung die sekundär entzündlichen Erscheinungen seitens der Urogenitalorgane vor dem operativen Eingriffe zur Rückbildung zu bringen, um auf diese Weise die Resultate der Blasennaht günstiger zu gestalten. Der durch die konsequente Behandlung einer komplizierenden Cystitis z. B. bewirkte Zeitaufwand wird reichlich durch die abgekürzte Heilungsdauer nach der Operation ausgeglichen.

Jesionek.

Fatty Degeneration of the Bladder as a Faktor in the Pathology of Genito-Urinary Disease in Middle and Advanced Life. Von G. F. Lydston. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, pag. 456.)

L. obduzierte 3 Männer im Alter von 40, 47 und 54 Jahren, die an akuter Alkoholvergiftung zu Grunde gegangen waren. Bei diesen fand er hochgradige fettige Degeneration der Prostata und vor allem auch der Blasenwand mit Zugrundegehen der Muskelfasern und einer mehr oder weniger hochgradigen Bildung von Divertikeln. Die fettige Degeneration dieser Organe ist eine der Ursachen der Atonie, sie prädisponiert zur Blasenruptur und ist schuld an dem Fehlschlagen der Radikaloperationen. Sie sollte auch mehr berücksichtigt werden bei der Ausführung von Radikaloperationen zur Beseitigung der Prostatahypertrophie.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Demonstration of Two Cases of Genito-Urinary Tuberculosis. Von P. Thorndike. (Amer. Assoc. of Gen.-Ur. Surg. April 1902.)

Im ersten Falle fand man bei dem 67jährigen Manne, der an den Beschwerden einer Prostatahypertrophie litt, bei der Obduktion einen typischen verkästen Herd in dem einen Vorsteherdrüsenlappen, während sonst in keinem Organe Tuberkulose nachweisbar war. Im zweiten Falle, bei einem an Morb. Addisonii Verstorbenen, fand man aufser einem alten tuberkulösen Herd in der l. Nebenniere Verkäsung des l. Samenbläschens sowie der Prostata, ferner einen Herd im l. Ureter, 3 cm von der Blase entfernt, während der gesamte übrige Urogenitaltraktus gesund war.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Le curettage vèsical par l'urètre dans les cystites chroniques douloureuses rebelles chez la femme. Von J. Poisson. (Thèse de Paris 1902.)

Auf Grund von 11 Beobachtungen kommt P. zum Schlusse, dafs

diese Operation bei chronischen Cystitiden, die jeder anderen Therapie trotzen, indiziert ist. Sie ist bei normalen Nieren ungefährlich. Man macht sie, oft in Verbindung mit Ausschabung der Harnröhre, in einer Sitzung, schliefst daran grofse Auswaschungen der Blase und läfst, was unbedingt erforderlich ist, einen Verweilkatheter liegen und zwar um so länger, je älter die Affektion war.

R. Kaufmann - Frankfurt a. M.

Zur Frage des Curettements der Blase bei Cystitis dolorosa. Von Hock. (Prager med. Wochenschrift 1902, Nr. 42.)

Die 23jährige Patientin litt seit 4 Jahren an einer Cystitis, die ihr sehr heftige Beschwerden verursachte. Blasenspülungen waren der heftigen Schmerzen halber nicht möglich, Instillationen hatten keine Wirkung. Es wurde daher in tiefer Narkose zunächst die Cystoskopie und dann die Auskratzung der Blase vorgenommen. Die Erkrankung war fast ausschliefslich auf das Trigonum und dessen Nachbarschaft beschränkt. Verweilkatheter. Heilung. von Hofmann-Wien.

Contribution à l'étude bactériologique des cystites. Von H. Hartmann und H. Roger. (La Presse méd. 1902, p. 1107.)

Die Verf. konnten in 5 von 6 Fällen von chronischer unkomplizierter Cystitis anaërobe Mikrobien nachweisen und zwar den Staphylococcus parvulus, den Streptobac. fusiformis und den Bac. ramosus Veillon-Zuber. Es sind also im wesentlichen dieselben Bakterien, die Cottet in Urinabscessen nachgewiesen hat. Sie scheinen eine wichtige Rolle bei Entstehung dieser Erkrankung zu spielen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

3. Gonorrhoe.

Contribution à l'étude des Uréthrites non gonococciques primitives. Von Louis Jules Stubel. (Thèse de Nancy 1900, Nr. 1.)

Verf. teilt die nicht gonorrhoischen Urethritiden ein in solche inneren und äufseren Ursprungs. Bei den Urethritiden inneren Ursprungs unterscheidet er infolge von Konstitutionsanomalien auftretende (Sumpffieber, Diabetes, Typhus, Syphilis, Herpes, Tuberkulose, Mumps, Gicht) und Urethritiden, die im Gefolge gewisser Nahrungsmittel, Getränke oder Medikamente beobachtet wurden. Bei den Urethritiden äufseren Ursprungs unterscheidet Verf. traumatische (Fremdkörper in der Harnröhre, Kontusionen, und venerische (Erektion, Masturbation, Coitus). Aufserdem giebt es noch Urethritiden ohne bekannte Ursache.

Federer-Teplitz.

Le rouge neutre; son rôle dans l'étude de la phagocytose en géneral et dans celle de la blennorrhagie en particulier. Von J. Himmel. (Ann. de l'instit. Pasteur 1902, p. 663.)

Uns interessiert nur das Verhalten dieses Farbstoffes zum Tripper-

eiter. Wie Plato bereits festgestellt hat, färben sich extracelluläre Gonokokken nicht, dagegen in noch lebenden Leukocyten eingekapselte sehr intensiv rot. Aufser diesen färben sich auch die Granula der Zellen. Abgetötete Gonokokken sowie intraperitoneal Kaninchen injizierte Gonokokkenreinkulturen werden innerhalb des Leukocyten zerstört, indem sie sich blähen und bald in kleine intensiv gefärbte Körnchen zerfallen. Schädigt man die Leukocyten, so färben sie sich nicht. Wie H. an Talkkörnchen, die von Leukocyten durch Phagocytose aufgenommen wurden, feststellte, und wie wir es auch von den intracellulären Gonokokken annehmen müssen, bildet sich um diese Körper eine saure Hülle, und diese färbt sich allein mit Neutralrot intensiv rot Es ist also die Ansicht von Plato, dafs nur albuminoide Körper sich färben, falsch. Sobald der Leukocyt abstirbt, secerniert er nicht mehr sauer, und die Säure um die Einschlüsse wird neutralisiert, und daher entfärben sich diese beim Absterben der Zelle; denn nur durch Säuren färbt sich Neutralrot intensiv und durch Amidosäuren ziegelrot. Das Granulaplasma der Zelle hat oxydierende resp. säureproduzierende Eigenschaft, das Hyaloplasma dagegen nicht. Sind in einer Zelle viele Gonokokken eingeschlossen, so wird nur ein Teil derselben intensiv gefärbt, die übrigen scheinen die destruktive Wirkung des Leukocyten zu paralysieren und zu neutralisieren. Zur Differentialdiagnose zwischen akutem und chronischem Trippereiter ist Neutralrot nicht zu verwerten.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Bedeutung der Gonokokken für die Komplikationen und Metastasen der Gonorrhoe. Von Schneider. (Zeitschrift für Heilkunde 1901, Heft 10.)

S. giebt unter Berücksichtigung von 241 Nummern Litteratur einen Überblick über die Lokalisation der Gonorrhoe in den verschiedenen Organen.

Werner-Blasewitz.

Sulla patogenesi delle complicanze generali della blenorragia. Von Sorrentino. (Giornale internaz. del scienze mediche XXI, p. 865.)

Die Resultate der histologisch-bakteriologischen Untersuchungen des Sekretes der an Gonorrhoe erkrankten Harnröhren, sowie der Impfungen auf Tiere fafst Sorrentino zusammen: 1. Im Sekrete der kranken Harnröhre fand er aufser dem spez. Gonococcus noch 5 andere Kokken und einen Bazillus, alle nicht pathogen. 2. Der Gonococcus wirkt beim Kaninchen pathogen, wenn grofse Menge Reinkultur übertragen werden. 3. Der Gonococcus übt lokal eine starke Reizwirkung aus. 4. In grofsen Mengen injiziert, erzeugt er Marasmus. 5. Herdweise Lokalisationen treten auf und können erzielt werden durch reichliche Injektion in die Blutbahn, nachdem man auf traumatischem Wege einen locus minoris resistentiae gesetzt hat. 6. Es wurde eine Endomyokarditis beobachtet. 7. An der Medulla spinalis wurden bedeutende Veränderungen beobachtet.

Federer-Teplitz.

Über Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechts. Von Fischer. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 46.)

Im Anschluſs an die Mitteilung der Krankengeschichten eines 9- und eines 11jährigen Knaben giebt F. eine kurze übersichtliche Darstellung über die in der kasuistischen Litteratur vorliegenden Beobachtungen. Im allgemeinen scheint die gonorrhoische Infektion bei Knaben in gleicher Weise zu verlaufen wie bei Erwachsenen; sehr enges und langes Präputium scheint ein prädisponierendes Moment darzustellen; in 50 % der Fälle scheint die Pars posterior affiziert zu werden, dagegen soll Prostatitis und Gelenkrheumatismus sehr selten vorkommen. Enuresis nocturna, Incontinentia urinae und Strikturen sind häufig beobachtet worden. Hinsichtlich des Übertragungsmodus warnt Verf. davor, die Infektion von Kindern immer auf verbrecherische und unsittliche Akte zurückzuführen; zufällige, unbeabsichtigte Übertragungen spielen eine weit gröſsere Rolle. Jesionek-München.

Periurethrale Infiltrate und Abscesse beim Weibe, chronisch gonorrhoische Induration der weiblichen Harnröhre. Von Matzenauer. (Wiener klin. Wochenschrift 1902, Nr. 45.)

Periurethrale Infiltrate und Abscesse sind beim Weibe bedeutend seltener als beim Manne, doch ist ihr Vorkommen schon seit langer Zeit bekannt. Die Diagnose ist in der Regel leicht. In manchen Fällen geht mit Schwinden der Eiterung die Schwellung und Verdickung der Urethra nicht zurück, sondern es bildet sich ein Zustand von chronisch gonorrhoischer Induration der Harnröhre heraus. Mit dem Endoskop sieht man die Lakunen und Follikelmündungen mit einem roten Hof deutlich von der Umgebung abstehen. Die Harnröhre zeigt meist eine granulierte, sulzige Oberfläche, die mehrfach mit mattgrauen, trockenen, narbig glänzenden plaqueartigen oder ringförmigen Stellen abwechselt. Im weiteren Verlaufe kann es zu Strikturbildung oder zu Xerose der Schleimhaut kommen. Mitunter findet man bei der cystoskopischen Untersuchung am Orif. int. bullöses Ödem oder polypöse Schleimhautexkrescenzen. von Hofmann-Wien.

Über eine seltene Komplikation der chronischen Gonorrhoe. Von Grosz. (Wiener med. Presse 1902, Nr. 40.)

G. fand bei einem seit 1½ Jahren an chronischer Gonorrhoe leidenden Patienten ein erbsengroſses Knötchen an der Unterseite der Glans, dicht hinter dem Sulcus coronarius, welches der Urethra fest aufsaſs. Von Zeit zu Zeit waren Gröſsenveränderungen dieses Knötchens deutlich erkennbar. Da G. vermutete, daſs der Tumor mit der Gonorrhoe in ursächlichem Zusammenhange stehe, exstirpierte er denselben. Das Knötchen bestand aus vielfach gebuchteten und verzweigten Gängen, die sich zu einem kurzen in die Urethra mündenden Gang vereinigten. G. stellt eine ausführlichere Publikation dieses Falles in Aussicht.

von Hofmann-Wien.

Ein Beitrag zur Behandlung der Gonorrhoe. Von Strebel. (Deutsch. Medizinalzeit. 1900, S. 821.)

Strebel hat ein Instrument konstruiert, welches es ermöglicht, die Injektionsflüssigkeit längere Zeit in der Urethra zu lassen, sogar die ganze Nacht. Nur auf diese Weise lasse sich ein Erfolg erzielen. Er verwendet mit Vorliebe Glycerinlösungen, sowie breiige Injektionsmassen, die mit einer Urethrophortube injiziert werden. Federer-Teplitz.

Über das Largin. Von Selenew. (Journal russe des maladies cutanées et vénériennes Bd. I, Heft 1.)

Selenew verwendet bei akuten Fällen Larginlösungen $^1/_{10}$ $^0/_0$ — $^1/_2$ $^0/_0$ zu massenhaften Irrigationen bis zum Verschwinden der eitrigen Sekretion. Dies erreicht man oft schon nach 1 Woche, und die ganze Behandlung dauert 2—3 Wochen.

Bei chronischen Fällen wird Largin in die Blase eingeführt mittels dünnen Katheters oder nach Janet.

S. beginnt mit einer 15 $^0/_0$igen Lösung und steigt allmählich in den ersten drei Wochen bis auf 1—2 $^0/_0$. Nur wenige Fälle bedurften einer 5 $^0/_0$igen Lösung. Von keinem anderen Mittel sah Selenew eine so vollständige Desinfektion der Urethra wie von Largin.

Federer-Teplitz.

Zur Hitzewirkung in der Therapie der Gonorrhoe. Von Schücking. (Centralbl. f. Gyn. 20. Jahrg. Nr. 28.)

Schücking erzielte in fünf Fällen weiblicher Gonorrhoe und drei Fällen bei Männern Heilung durch Einführen einer elektrothermischen Sonde, die einer Uterussonde ähnlich sieht. Sie ist so eingerichtet, daſs ein durch sie geleiteter Strom von 6 Ampère und 12 Volt den im Uterus liegenden Teil auf jede erforderliche Temperatur zu bringen vermag. Dauer der Applikation 5—15 Minuten; Temperatur 50—55^0.

Federer-Teplitz.

Erfahrungen über die Janetsche Methode der Urethral- und Blasenbehandlung. Von Spitzer. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42, 1902.)

Sp. berichtet über günstige Resultate mit dem Janetschen Verfahren aus der Langschen Abteilung, ohne etwas Neues zu bringen.

von Hofmann-Wien.

Traitement de l'endométrite blennorrhagique par les injections intra-utérines picriquées. Von Siredey. (Nach La Presse méd. 1902, p. 662.)

Nachdem die Uterushöhle mittels Wattetampons gereinigt ist, injiziert man in dieselbe mittels einer Braunschen Spritze 2 ccm einer konzentrierten (12 : 1000) Pikrinsäurelösung und tamponiert die Scheide mit Jodoformgaze bis zum folgenden Tage. Diese Injektionen werden 2mal wöchentlich gemacht. Die Gonokokken sollen sehr rasch danach verschwinden und der eitrige Ausfluſs einen schleimigen Charakter an-

nehmen. Aufserdem sollen täglich noch Scheidenausspülungen mit Kal.-permanganatlösungen gemacht werden.R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ichthargan bei Gonorrhoe. Von B. Goldberg. (Therapeutische Monatshefte 1902, Nr. 3.)

G. hat 140 Fälle von Gonorrhoe in den verschiedensten Stadien mit Ichthargan behandelt. Bei akuten Fällen wandte er Lösungen von 0,05 : 200,0, teilweise in Form der Janetschen Spülungen an. Das Medikament wurde immer gut vertragen, Sekretion, Schmerzen und Gonokokken schwanden bald. Die Reste des postgonorrhoischen Katarrhes mufsten meist mit anderen Medikamenten, Kal. perm., Arg. nitr. beseitigt werden. G. zieht das Ichthargan den anderen Gonorrhoicis vor.

Verf. bespricht noch die Art der Wirkung des I. Es wirkt als Antiseptikum und Adstringens zu gleicher Zeit. Dreysel-Leipzig.

Über die cystoskopische Diagnose der chronischen Blasengonorrhoe. Von P. Asch. (Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege in Els.-Lothr. 1902, Bd. XXII, S. 3.)

Während bei der akuten gonorrhoischen Cystitis eine cystoskopische Untersuchung unnötig und direkt schädlich ist, kann eine solche bei der chronischen Cystitis vielfach mit grofsem Vorteil in Anwendung kommen. Verf. führt zur Illustration 2 Fälle an: Der erste betrifft eine 44jährige, an Diabetes leidende Frau, die seit einem Jahr an Hämaturie und Harndrang litt. Der Urin war leicht getrübt und rötlich gefärbt. Die Blasenschleimhaut fand sich bei der cystoskopischen Untersuchung im ganzen etwas hyperämisch, mit einzelnen circumskripten sammetartigen, rötlichen Schwellungen bedeckt. Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose auf chronische Gonorrhoe der Blase gestellt. Instillationen von Arg. nitr. 2 % brachten rasche Besserung und schliefslich Heilung. 14 Tage nach Beginn der Behandlung war die Schleimhaut bis auf eine einzige rötliche Schwellung wieder normal.

Der zweite Fall betrifft einen 35jährigen Mann mit Gonorrhoe vor 15 Jahren. Wegen Striktur Urethrotomie vor einem Jahre. Seit einiger Zeit schmerzhafter Harndrang, Brennen beim Urinieren. Der Urin war trübe und enthielt Blut. Cystoskopisch liefsen sich einige sammetartige Schwellungen an der sonst normalen Schleimhaut nachweisen. Nach Instillationen von Arg. nitr. Heilung nach 3 Wochen. Dreysel-Leipzig.

Gonorrhoeal prostatitis, acute and chronic; etiology, pathology and treatment. Von Wiltse. (Albany Med. Annals. Oct. 1902.)

Gonorrhoische Prostatitis findet sich in 70 % aller Gonorrhöen der hinteren Harnröhre. W. beschreibt die Anatomie und die Symptome der Prostatitis, wobei er im wesentlichen der Einteilung Fingers folgt. Als Behandlung empfiehlt W. bei der akuten katarrhalischen Prostatitis Instillationen mit salpetersaurem Silber, bei der chronischen Form Massage der Prostata, eventuell in Verbindung mit Instillationen.

von Hofmann-Wien.

Gonorrheal ophthalmia, Infection from a Kid Glove. Von F. Griffith. (J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, p. 557.)

Ein 8jähriger Knabe fand auf der Strafse einen Damenhandschuh, mit welchem er spielte und unter anderm sich auch das linke Auge rieb. Die Folge davon war eine gonorrhoische Infektion, die zur vollständigen Zerstörung dieses Auges führte. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ophthalmia neonatorum. Von E. T. Collins. (Practitioner 1902, April.)

Bei der Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen erhält man die besten Resultate durch Einträufeln von Arg. nitr. 2 $^0/_0$ bald nach der Geburt. Auch Sublimat 1 $^0/_0$ giebt gute Resultate; schwächere Lösungen sind ungenügend. Protargol in 20 $^0/_0$igen Lösungen hat den Vorzug, weniger zu reizen und dabei sicher zu wirken.

Bei der Behandlung der ausgebildeten Blennorrhoe wirkt gleichfalls Arg. nitr. 2 $^0/_0$ sehr günstig. Es wird einmal täglich auf die Innenseite des umgestülpten Lides appliziert; daneben sind kalte Umschläge angezeigt. Dreysel-Leipzig.

Über Arthritis gonorrhoica. Von Markheim. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. LXXII, Heft 2.)

Die Zusammenstellung M.s umfafst 52 Fälle von Tripperrheumatismus. Gonokokken konnten im Blute dreimal nachgewiesen werden. Meist waren nur wenige Gelenke erkrankt, ein einziges aber nur 13mal. Stärkerer Hydrops der Gelenke bestand 10mal. Die Dauer der Erkrankung betrug in den meisten Fällen 2—4 Monate. Endokarditis war 4mal vorhanden, Iritis 3mal, Ischias 1mal. Die Behandlung war eine rein symptomatische. 13 Kranke wurden völlig geheilt, bei 5 Kranken blieb eine Ankylose und bei den übrigen eine geringe Beschränkung der Beweglichkeit zurück. Eine Eröffnung des Gelenkes machte sich einmal nötig. Dreysel-Leipzig.

Les affections blennorrhagiques du système nerveux chez la femme. Von J. Kalabine. (Rev. de gynéc. et de chir. abdom. 1902, p. 297.)

K. berichtet über 2 Frauen von 18 resp. 21 Jahren, die von ihren Ehemännern gonorrhoisch infiziert wurden und aufser dem Genitalleiden an akuter Peritonitis erkrankten. Bei beiden entstand nach zirka zwei Wochen eine schwere Ischias und bei der älteren aufserdem noch eine Interkostalneuralgie. Unter lokaler Applikation von schmerzstillenden Salben sowie interner Darreichung von Narcoticis verschwand die Neuralgie nach zirka 5 Wochen. Offenbar ist sie durch Gonococcotoxine entstanden. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

General gonorrheal infection with illustrative cases. Von W. F. Hamilton. (Montreal Med. Journ. 1902, Febr.)

Verf. berichtet über 6 Fälle von Allgemeininfektion bei Gonorrhoe;

diese verteilen sich auf 5 Männer und 1 Frau. Die Allgemeinerscheinungen traten in der 3.—10. Woche nach der Ansteckung auf. Gelenkaffektionen waren bei allen Fällen vorhanden, aufserdem Endokarditis 1 mal, Peritonitis 1 mal, Pleuritis 2 mal, Iritis 2 mal, doppelseitige Conjunctivitis 3 mal, Neuritis 1 mal. Die Behandlung war sowohl eine lokale, der Gonorrhoe selbst, als auch eine allgemeine; die letztere bestand in Abführmitteln, frischer Luft, guter Ernährung.

Dreysel-Leipzig.

Kongrefsbericht.

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad.

(Fortsetzung.)

Abteilung für Dermatologie und Syphilis.

(Nach dem Bericht der „Dermatol. Zeitschr.“)

I. Sitzung:

Saalfeld-Berlin: Diabetes und Hautkrankheiten: Es sind relativ wenige Hautkrankheiten, die mit dem Diabetes direkt zusammenhängen: Xanthoma diabet., Diabètes broncé, Gangraena diabetica, Gangr. diab. bullosa serpigin., Dermatit. diabet. papillomatosa, Mal perforant; alle anderen können zufällige Begleiterscheinungen sein, doch erfahren sie durch den Diabetes vielfache Veränderung in Erscheinung und Verlauf. Auffallend ist die Neigung zur Nekrosenbildung bei den durch Mikroorganismen hervorgerufenen Affektionen (Furunkulose, Sykosis, Akne necrotic). Häufig tritt mit Besserung des Diabetes Heilung des Hautleidens ein. Besonders wichtig ist der Pruritus, der auf den Reiz der Nervenendigung durch den Zucker, ferner auf die Hautentzündung, die durch den leicht zersetzlichen Harn hervorgerufen wird, zurückzuführen ist. Lues und Diabetes können einfach coïncidieren, oder die Glykosurie kann die direkte Folge der Lues sein; letzteres ist der Fall, wenn beide Affektionen bei einem Patienten auftreten, der früher keine Glykosurie gehabt hat, wenn diese auf spezifische Behandlung ohne Diät zurückgeht, und bei Syphilisrecidiven wieder Zucker im Harn erscheint; anderseits kann bei Einleitung einer Hg-Kur Glykosurie eintreten, die nach Unterbrechung derselben aufhört, oder auch nicht, wie Vortr. in einem Falle beobachtete: In zwei Fällen sah S. von einer Hg-Kur günstigen Einflufs auf einen Diabetes insipidus. Für eine erfolgreiche Behandlung der mit Diabetes vergesellschafteten Hautleiden ist die Allgemeinbehandlung dieses eine Conditio sine qua non.

Diskussion: Justus-Budapest und Bandler-Prag erwähnen je einen Fall von Diabetes insipidus und Lues, bei welchen infolge der spezifischen Kur die Harnruhr schwand.

Ledermann-Berlin sah Fälle von Diabetes, bei denen Erosionen am Genitale eine Beschaffenheit annahmen, dafs sie einem Primäreffekt ähnlich waren. —

III. Sitzung:

Delbanco-Hamburg demonstriert ein primäres Urethralkarzinom der Pars pendula penis, dessen histologische Beschaffenheit er durch Zeichnungen und Präparate unter Vergleich mit der normalen Anatomie der Urethra erörtert. —

Breitenstein-Karlsbad: Die Circumcision, ein Prophylaktikum der Syphilis: Vortr. vertritt den Standpunkt, dafs Menschen mit Präputium eine gröfsere Disposition zur Acquirierung der Syphilis haben als die ohne ein solches, weil die Haut des Penis der letzteren derber und widerstandsfähiger sei, als Glans und Präputium der Unbeschnittenen. Die Erfahrungen bestätigen dies insofern, als 75 % der Primäraffekte am Präputium sitzen. Beobachtungen in der holländisch-indischen Armee, in der die Hälfte aus unbeschnittenen Europäern besteht, die andere Hälfte aus Mohammedanern, die im 13. Lebensjahre beschnitten werden, haben ergeben, dafs die Syphilis unter den ersteren viel häufiger ist, als bei den letzteren; z. B. im Jahre 1875 im Verhältnis von 5 : 1. Da die hygienischen Verhältnisse ungefähr dieselben sind, auch sonst keine Ursache für die Verschiedenheit auffindbar ist, so glaubt Vortr. sie in der Beschneidung der Mohammedaner suchen zu müssen. —

IV. Sitzung:

Ehrmann-Wien: Demonstration von Injektionspräparaten der Initialsklerose: Vortr. zieht aus seinen Befunden folgende Schlüsse: Das in die Haut gelangte Contagium gelangt zunächst in die Gewebsspalten und kann schon von hier aus auf die Blutgefäfse wirken, indem es auf chemotaktischem Wege Leukocytenauswanderung und Gefäfsneubildung erzeugt. Im weiteren Verlaufe gelangt es in die Lymphgefäfse, wirkt hier in derselben Weise auf die Blutgefäfse und erzeugt hier ein inneres Infiltrat, führt stellenweise zur Verengerung oder Obliteration des Lumens und ruft Lymphocyteninfarkte in den Blutgefäfsen hervor. —

Bandler-Karolinenthal-Prag: Cystitis tuberculosa: Die primäre Lokalisation der Tuberkulose in der Blase ist jetzt sicher gestellt, die Gonorrhoe spielt in der Ätiologie derselben eine gewisse Rolle. Die Frühdiagnose ist keineswegs so schwierig, wie gewöhnlich behauptet wird; Vortr. ist es gerade in den ersten Stadien bei nur leicht getrübtem Urin nach energischer Centrifugierung gelungen, Tuberkelbazillen zu finden; dieselben lagen immer in gröfseren und kleineren Häufchen beisammen und zeigten ein zerfasertes, zerfranstes Aussehen. Der Nachweis ist leicht, solange der Eitergehalt des Urins nicht sehr

grofs ist, wie es in den späteren Stadien nach Sekundärinfektion der Fall wird. Bezüglich der Symptomatologie ist charakteristisch die geringe Kapazität der Blase, die die grofsen Schmerzen und den Tenesmus herbeiführt, ferner die Blutungen. In einem Falle trat ascendierende Nierentuberkulose ein; eine vorgenommene Sectio alta führte trotz hochgradiger tuberkulöser Veränderungen der Blase zu sehr erheblicher Besserung der Beschwerden und zur Arbeitsfähigkeit des Patienten, während die Nierenaffektion zum Stillstand kam.

Diskussion: Goldberg katheterisiert mit weichem, dünnem Nélatonkatheter bei peinlichster Asepsis und hat bei Untersuchung der letzten Tropfen des aussickernden Harns nach Zickl-Ebner meist positiven Tuberkelbazillenbefund gehabt. Primäre hämatogene Blasentuberkulose sei sehr selten. —

Grosz-Wien: Über eine seltene Komplikation der Gonorrhoe nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra: Bei einem seit $1^1/_2$ Jahren an chronischer Gonorrhoe leidenden Patienten mit gonokokkenhaltigem Sekret fand sich an der Unterseite der Harnröhre dicht hinter dem Sulc. coronarius ein dieser fest und unverschieblich aufsitzendes Knötchen, das weder eine Kommunikation nach aufsen noch einen Strang nach dem Orificium zeigte. Die mikroskopische Untersuchung nach der Ausschälung ergab ein System miteinander kommunizierender Gänge, die ein einheitliches, das ganze Corpus cavernosum durchsetzendes Gebilde darstellen. Die Gänge selbst entsprechen nach Ansicht des Vortr. Morgagnischen Lakunen, die drüsigen Anhänge derselben Littréschen Drüsen. Das Gebilde dürfte auf Grund vorgebildeter Verhältnisse unter Vermittlung des gonorrhoischen Prozesses zu stande gekommen sein. —

Galewsky-Dresden: Über chronische, nicht gonorrhoische Urethritis: Abgesehen von kasuistischen Mitteilungen anderer, hat Waelsch zuerst unter dem Namen „nichtgonorrhoische chronische Urethritis“ ein klinisches Bild aufgestellt, das charakteristisch ist durch 1. das lange Inkubationsstadium, 2. den von Beginn an chronischen Verlauf, 3. die geringfügigen objektiven Symptome, 4. den negativen Gonokokkenbefund, 5. den langwierigen Verlauf, 6. die daraus resultierende schlechte Prognose. Vortr. kann über sieben einschlägige Fälle berichten, in denen die obigen Charakteristika zutrafen; dreimal wurden Kulturen angelegt, auf denen nur der milchweifse Diplococcus und einmal ein von Waelsch beschriebener Stäbchenbacillus wuchsen; nie bestand Urethritis posterior oder Prostatitis. In einem Falle war endoskopisch das besondere Befallensein der Morgagnischen Lakunen und Littréschen Drüsen zu konstatieren. Die Therapie war so gut wie machtlos, ein Fall heilte spontan nach einem Jahre ab, die anderen behielten die Sekrete und vielfach subjektive unangenehme Empfindungen. Zwei Patienten gaben dieselbe Puella publica als Infektionsquelle an, zwei Patienten haben nach ihrer Heirat bisher seit 2 Jahren nicht infiziert. Vielleicht rührt ein Teil der chronischen Gonorrhöen ohne Gonokokkennachweis, den wir erst spät in Behandlung bekommen, von

diesen Urethritiden her; die Zahl der nicht gonorrhoischen Urethritiden würde eine viel gröſsere sein, wenn man die Fälle hinzuzählte, bei denen eine frühere Gonorrhoe abgeheilt war und dann ein frischer Katarrh ohne Gonokokken entsteht.

Diskussion: Winternitz-Prag hat nicht zu selten Fälle von nicht gonorrhoischer Urethritis gesehen; in einem Falle konnte er mit der Guyonschen Sonde eine umschriebene schmerzhafte Stelle, in einem anderen eine Prostatitis feststellen; bei einem Kollegen entwickelten sich bandförmige tastbare Infiltrate in der Harnröhrenwand, die nur langsam schwanden.

Justus-Budapest sah in einem Falle eine Urethritis posterior haemorrhagica, Böhm eine doppelseitige Epididymitis auftreten.

Delbanco-Hamburg macht auf die Bedeutung der alkalischen Urinreaktion mit chronischer Phosphaturie bezw. Kalkausscheidung aufmerksam; urethritische Reizungen seien bei diesen Stoffwechselstörungen, die meist mit sexueller Neurasthenie einhergehen, nichts Seltenes.

Reiſsner-Plauen hat eine Anzahl von Fällen beobachtet, bei welchen starke Empfindlichkeit der Prostata bestand. In der Mehrzahl handelte es sich um Ehemänner, die lange Zeit hindurch den Coitus reservatus ausgeübt hatten. —

Benario-Frankfurt a. M. zeigt einen Apparat zur Behandlung der Gonorrhoe, den er Urosanol nennt: eine kleine Glastube ist mit 1,3 oder 5 % Protargolgelatine gefüllt und wird an dem einen Ende mit einer Gummiolive oder einem kleinen Katheter versehen; vermittels eines graduierten Holzcylinders wird die Masse in die Urethra vorgestoſsen, ein Röhrchen reicht für 4 Injektionen, also einen Tag. Der Vorteil besteht in der Einfachheit und Bequemlichkeit, in der Möglichkeit, höhere Konzentration von Protargol zu applizieren. Das Röhrchen kann auch mit einem gewöhnlichen Katheter versehen und zur Behandlung der Pars prostatica urethrae verwandt werden.

V. Sitzung:

Waelsch-Prag: Über chronische Prostatitis: W. fand unter 200 chronischen Gonorrhöen 162mal = 81 % die Prostata mitergriffen, 172mal war Urethritis posterior vorhanden, es war also diese letztere in über 94 % mit Prostatitis kompliziert; letztere kann nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung gestellt werden, die rektale reicht dazu nicht aus; Nachweis der Prostatitis beweist, daſs eine Urethr. posterior besteht oder bestanden hat. Der gonorrhoische Prozeſs in der Urethra kann vollständig ausgeheilt sein, trotzdem können sich Residuen in der Prostata finden, die zur Reinfektion der eigenen Harnröhre und der Frau Veranlassung geben können. Die chronische Prostatitis ist häufig die Ursache für die wirkungslose Behandlung der chronischen Gonorrhoe; die nach der Massage der Prostata in die hintere Harnröhre injizierte Flüssigkeit dringt nicht in die Ausführungsgänge der Drüse ein, wie Leichenversuche ergeben haben; ihre Wirkung dürfte eine derivatorische sein.

Diskussion: Goldberg bemerkt in diagnostischer Hinsicht, dafs in den meisten Fällen Reinigung der Harnröhre durch die Miktion genügt, um aus dem im Expressionssekret enthaltenen Eiter Schlüsse ziehen zu können; bei starker aus der Urethra oder Vesica stammender Pyurie ist aufser der Miktion vorherige gründliche Reinigung der Harnröhre und Blase notwendig. Blutungen der Prostata bei akuter Prostatitis sah Vortr. in 75 Fällen; sie werden meist nicht diagnostiziert, da die Prostata nicht exprimiert wird; bei chronischer Prostatitis sind sie sehr viel seltener. Die Blutungen hörten in allen Fällen im Laufe der Behandlung auf, die Gonorrhöen waren stets sehr schwere. Therapeutisch ist Expression mit Spülungen zu empfehlen, man kann bimanuell, rektoabdominal, sowie bei erhöhter Stellung am liegenden Patienten anderweitig nicht erreichbare Prostatapartien exprimieren. Die Galvanokaustik nach Bottini ist bei chronischer Prostatitis kontraindiziert. Den behaupteten deletären Einflufs der Prostatitis auf die Potentia generandi durch Abtötung der Spermatozoen hält G. nicht für erwiesen, von 22 verheirateten Prostatikern hatten 17 Kinder, 5 keine.

Delbanco: Die Samenblasen sind ebenso oft wie die Prostata bei der chronischen Gonorrhoe beteiligt; nur in 2 % konnte D. Gonokokken in der Prostata nachweisen; mit Rücksicht auf diese Thatsachen hält D. die moderne Behandlung als geeignet, Neurastheniker zu züchten, in vielen Fällen nicht für angebracht.

Galewski bekämpft diese Anschauung; die Urethritis anterior ist prognostisch viel günstiger, als wenn der Prozefs ascendierender Natur ist.

Ullmann hält die Statistik von Waelsch um einige Prozent zu hoch gegriffen; in manchen Fällen existiert eitriges Sekret ohne bindegewebige Hyperplasie, es könne hier eine katarrhalische Schwellung vorhanden sein, die nicht die Bezeichnung „chronische Prostatitis“ verdient. Therapeutisch ist die protrahierte Wärmeapplikation mittels des Hydrothermoregulators sehr zu empfehlen.

Löwenstein glaubt, dafs die Prostatitis sprungweise, vielleicht auf dem Lymphwege entstehen kann, ohne dafs die Urethra posterior ergriffen zu werden braucht; umgekehrt kann auch die Anterior vom Nebenhoden aus mit Übergehung der Posterior infiziert werden. —

Goldberg-Wildungen-Köln: Die Verhütung der Harninfektion: Die externe Urininfektion kann in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vermieden werden. Die Antisepsis resp. Asepsis soll sich auf den Operateur, die Objekte der Umgebung, auf die einzuführenden Instrumente und Medikamente erstrecken; hierbei sind, soweit möglich, die physikalischen Methoden anzuwenden. Die Urethralflora bildet kein absolutes Hindernis für die Abhaltung der Infektion. Bei allen Eingriffen mit nicht exakt sterilisierbaren Instrumenten, sowie bei Erkrankungen der Vorräume ist eine intravesikale prophylaktische Desinfektion indiziert. In vielen Fällen führt zwar der Mikrobenimport nicht zur Infektion, dennoch darf man die Anti- resp. Asepsis nicht auf die „disponierten“ Fälle beschränken; bei letzteren ist die äufsere Desinfek-

tion durch die interne (Urotropin, Chinin, Salol) zu ergänzen, ersetzen kann letztere die erstere niemals. —

Winternitz-Prag: Über Balsamica: Vortr. hat 2 Versuchsreihen mit Balsamicis an Tieren angestellt, die erste beschäftigt sich mit dem Vergiftungsbilde, die zweite mit der Heilwirkung auf entzündlicheitrige Prozesse; es ergab sich, dafs kleine Tiere, Kaltblütler und Warmblütler, nach recht kleinen subkutanen Dosen von Santal, Gonorol u. dgl. innerhalb von 3—9 Stunden verenden, Kaninchen nach Verabreichung von mehreren Grammen in einer bis mehrere Wochen zu Grunde gingen. Die antiseptische Wirkung der Stoffe resp. ihrer Ausscheidungsprodukte hält Vortr. nicht für grofs, dagegen eine diuretische Wirkung und einen direkten Einflufs auf die entzündeten Gewebe für vorliegend.

Diskussion: Saalfeld-Berlin glaubt, dafs der günstige Einflufs bei frischen Gonorrhöen nur erzielt wird, wenn reines unverfälschtes ostindisches Sandelholzöl verabreicht wird.

Winternitz wünscht die Balsamica nur bei mäfsig starken Entzündungserscheinungen, nicht bei hochgradigen, insbesondere nicht bei akuter Posterior mit Harndrang angewendet zu sehen, da bei diesen Zuständen eine möglichste Ruhigstellung der Schleimhaut und keine Steigerung der Diurese indiziert ist.

Paul Cohn-Berlin.

5. Bücherbesprechungen.

Die Erkrankungen der Nieren. Von Prof. Dr. H. Senator in Berlin. Zweite umgearbeitete Auflage. Wien 1902. Alfred Hölder. Preis 12 Mk.

Nachdem die Litteratur der Nierenpathologie letzthin von berufenster Seite durch die „Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten“ von Prof. Israel und „die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren“ von Prof. Küster eine so unschätzbare Bereicherung erfahren, sind letztere Werke jetzt durch das Erscheinen der zweiten Auflage der „Erkrankungen der Nieren“ von Senator in der wünschenswertesten Weise nach der Seite der inneren Erkrankungen hin ergänzt worden. In besonderem Grade treten hier die Vorzüge der Senatorschen Forschungs- und Darstellungsweise hervor, auf einem Gebiete, auf welchem die Theorien und Anschauungen sich noch so vielfach im Schwanken befinden; die Litteratur ist in der umfangreichsten Weise bis in die neueste Zeit hinein berücksichtigt, jede Ansicht in ebenso kritischer wie objektiver Weise beleuchtet und dann aus reichen eigenen Erfahrungen heraus und unter Berücksichtigung der mittels der neuesten Untersuchungsmethoden gewonnenen Forschungsergebnisse ein eigenes Urteil abgegeben. Es kann und soll hier im Rahmen eines Referates keine Inhaltsangabe des ganzen Werkes geboten werden, bei der Wichtigkeit des Gegenstandes jedoch und der Autorität des Verfassers auf diesem Gebiete dürfte es angezeigt

sein, die einzelnen Kapitel der Reihe nach durchzugehen und geeignete Punkte hervorzuheben.

I. Allgemeiner Teil.

1. Geschichtliche Einleitung und Vorbemerkungen.

2. Die Albuminurie und Albumosurie; S. hält die Angabe, dafs 50000 Eiterkörperchen im cmm Urin $1^0/_{00}$ Eiweifs entsprechen, im allgemeinen für zutreffend. Wirkliche Eiterkörperchen (multinukleäre Leukocyten) sprechen gegen renale Albuminurie, bei Nierenaffektionen treten gewöhnlich andersartige Leukocyten auf.

Die Peptonurie ist äusserst selten, S. hat sie einmal bei Pneumonia crouposa gesehen. Bei der Albumosurie unterscheidet S. die Bence-Jonesche Albumose von der eigentlichen Albumose; die erstere steht den Albuminen näher, als den Albumosen, tritt gewöhnlich bei schweren Knochenleiden auf und ist wahrscheinlich ein Umwandlungsprodukt von mit der Nahrung eingeführtem Eiweifs. Die letztere ist eine Deuteroalbumose, eine beim Kochen nicht gerinnende Eiweifsart. Eine physiologische Albuminurie kann durch bestimmte Anlässe, wie anstrengende Muskelarbeit, reichliche Mahlzeiten, ausgelöst werden, ebenso die sogen. cyklische A. durch besondere Reize, wie z. B. geschlechtliche Aufregungen, doch ist in jedem Falle äufserste Vorsicht bei der Beurteilung nötig.

Formen der pathologischen Albuminurie ohne Nierenleiden sind:
Die febrile Albuminurie,
A. bei nicht fieberhaften Allgemeinleiden mit besonderer Beteiligung der Blutmischung,
A. bei nicht fieberhaften Affektionen des Nervensystems,
A. bei Affektionen des Verdauungskanals.

3. Die Mucinurie und Fibrinurie; Mucin ist nicht wirklicher Schleim, sondern Nukleoalbumin oder eine Verbindung von Eiweifs mit eiweifsfällenden Substanzen; die Fibrinurie ist sehr selten, sie findet sich bei Chylurie und starken Entzündungen des Harntraktus.

4 Die Harncylinder; sie sind immer ein Zeichen einer Erkrankung der Nieren.

5. Die Hämaturie; S. glaubt nicht, dafs den sogen. essentiellen Blutungen immer, wie von anderer Seite behauptet wird, nephritische Herde zu Grunde liegen, sondern hält sie für angioneurotischer oder neuropathischer Natur; deshalb seien auch chirurgische Eingriffe, wie Spaltung der Nieren, nicht indiziert.

6. Die Hämoglobinurie, die eigentlich als Methämoglobinurie zu bezeichnen sei.

7. Die Lipurie und Chylurie.

8. Die Oxalurie; die Oxalate, die mit dem Harn ausgeschieden werden, setzen sich aus den mit der Nahrung eingeführten und den im Stoffwechsel gebildeten zusammen.

9. Die Phosphaturie; nach Ralfe ist das Auftreten von Phosphatsedimenten als Phosphaturie von der wirklich vermehrten Phosphorsäure-Ausscheidung, dem sogen. Diabetes phosphaticus zu unterscheiden.

10. Die Wassersucht; S. ist der Ansicht, dafs unter dem Einflufs eines im Blute kreisenden Giftes zunächst die Kapillaren der Glomeruli erkranken, später die interstitiellen und andere, aufserhalb der Nieren gelegene Gefäfsbezirke, wie die der Haut und der serösen Säcke.

11. Die Urämie; dieselbe dürfte als eine auf Störung der Nierenfunktion beruhende Autointoxikation durch stickstoffhaltige Stoffe zu bezeichnen sein, welche mit einem zu abnormer Säurebildung führenden Eiweifszerfall einhergeht.

12. Die Veränderungen des Gefäfsapparates.

II. Spezieller Teil.

1. Die Bildungsfehler der Nieren.

2. Die Lageveränderungen der Nieren; für die Wanderniere dürfte ätiologisch eine angeborene Disposition, indem die 10. Rippe nicht fixiert, sondern frei ist, ferner eine Herabsetzung des intraabdominellen Druckes in Frage kommen; dem Trauma mifst S. keine Bedeutung bei.

3. Die Nephralgie; die erfolgreichen operativen Eingriffe, die hier und da bei derselben berichtet werden, mögen auf Lösung von Verwachsungen, vielleicht auch auf Suggestion zurückzuführen sein.

4. Die Kreislaufstörungen der Nieren, Trombose und Embolie, hämorrhagischer Infarkt.

5. Die Hypertrophie und Atrophie der Nieren.

6. Die hämatogene, nicht eitrige Nierenentzündung und die Brightsche Nierenkrankheit; S. hält die folgende Einteilung für die zweckmäfsigste:

1. Die akute Nephritis:
   a) Parenchymatöse Nephritis (tubuläre und Glomerulo-Nephritis),
   b) diffuse Nephritis (als Anhang Nephritis haemoglobinurica, Cholera-, Schwangerschafts-Nephritis).
2. Die chronische Nephritis ohne Induration („chronische parenchymatöse, subchronische N.“).
3. Chronische indurative Nephritis (Nierenschrumpfung):
   a) sekundäre Induration (sekundäre Schrumpfniere),
   b) primäre indurative („chronische interstitielle“) Nephritis,
   c) arteriosklerotische Induration, (als Anhang die einfache, nicht entzündliche Nierenatrophie).

Für die Schwangerschaftsniere und Eklampsie kommen ätiologisch ähnliche Momente in Betracht, wie für die Urämie (cf. oben).

7. Die eitrige Nierenentzündung und der Nierenabscefs; die causa efficiens sind immer Mikroparasiten; chemische Agentien wie Terpentin, können wohl theoretisch die Ursache abgeben, kommen aber in praxi in dieser Konzentration niemals in Betracht. Die Infektion kann auf vier Wegen erfolgen: von aufsen auf traumatischem Wege; per contiguitatem (Beckeneiterungen); ascendirend von der Schleim-

haut der Harnwege (häufig doppelseitig, sonst häufiger einseitig); auf hämatogenem Wege (am häufigsten).

8. Die Amyloidentartung der Nieren (Specknieren); sie ist höchstwahrscheinlich dyskrasischer Natur, von krankhafter Blutbeschaffenheit abhängig; vielleicht wird das Bluteiweifs in den Organen abgelagert und hier in Amyloid umgewandelt. Bei der Behandlung sind in erster Linie Jodpräparate zu versuchen, weil häufig Syphilis die Ursache ist.

9. Verfettung der Nieren (Lipomatosis renum).

10. Pyelitis und Pyelonephritis. Die häufigsten Ursachen sind: mechanische Reizung durch Fremdkörper, insbesondere Konkremente; Fortleitung von den tieferen Abschnitten der Harnwege, bes. bei Kombination mit Harnstauung; Reizung durch balsamische Mittel (ätherische Öle u. dgl.), durch Bakterien und Toxine; venöse Stauung, besonders bei Herzkranken und Schwangeren; Trauma; Erkältung; absteigend vom Parenchym; Fortleitung aus der Nachbarschaft. Symptomatisch kommt die dachziegelartige Anordnung geschwänzter, keulenförmiger Epithelien in Betracht, während die Formen der Epithelien, spindelförmig, langausgezogen, geschwänzt, auch im Ureter und in der Blase vorkommen. Der Eiweifsgehalt ist bei Pyelitis vielleicht etwas gröfser, als bei Cystitis.

11. Hydronephrose und Pyonephrose (Sackniere); die Ursache für dieselbe liegt in angeborenen oder erworbenen Hindernissen, jedoch bedarf es zur Ausbildung einer sehr langsam sich ausbildenden Abflufshemmung oder solcher Widerstände, die mit freien Perioden wechseln.

12. Die Cystenbildungen der Nieren; S. unterscheidet 1. Retentionscysten, aus erweiterten Harnkanälchen und Malpighischen Körperchen hervorgehend; 2. parasitäre Cysten (Echinococcus und Cysticercus); 3. Dermoïdcysten (2 Fälle in der ganzen Litteratur); 4. in der Nierenkapsel und Umgebung vorkommende Cysten; 5. Polycystische Entartung der Nieren, meist doppelseitig. Die letzteren entstehen wahrscheinlich auf Grund einer angeborenen Abnormität. Bemerkenswert ist eine Bronzefärbung der Haut, die in einigen Fällen beobachtet ist. Die Diagnose ist zu stellen bei familiärer Disposition, bei doppelseitiger Nierengeschwulst mit Hervortreibungen, im Harn finden sich manchmal Kugeln von rosetten- oder leucinartigem Aussehen.

13. Neubildungen der Nieren.

I. Die Tuberkulose der Nieren; das Vorkommen der wirklich primären Nierentuberkulose ist sehr unwahrscheinlich; wohl aber kommt sie oft primär innerhalb des Urogenitalapparates vor; und zwar tritt letztere häufiger bei Kindern und im ersten jugendlichen Alter auf, während die ascendierende Tuberkulose sich mehr im späteren Alter findet.

II. Karzinom der Nieren; der primäre Nierenkrebs beträgt 1%, der primäre und sekundäre zusammen 2% aller Krebsgeschwülste. Das häufige Vorkommen bei Kindern spricht

für intrauterine Entstehung, und zwar geht die Neubildung jedenfalls von den Epithelien der Harnkanälchen aus. Symptomatisch kommt in Betracht das Entstehen einer Varicocele, sowohl rechts wie links, im Gegensatz zu anderen Varicocelen, ferner Varicen und Ödem der betr. Extremität.

III. Sarkome der Nieren; ebenfalls häufig im Kindesalter auftretend; $^2/_3$ aller Fälle sind im 1. Jahrzehnt des Lebens beobachtet.

IV. Die (heterologe) Nierenstruma (Hypernephroma) und andere Neubildungen der Nieren; die ersteren stellen aus versprengten Nebennieren hervorgehende, unter der Nierenkapsel liegende Geschwülste dar, der Inhalt ihrer Hohlräume ist charakteristisch durch ihren Gehalt an Blut oder Blutfarbstoff, Glykogen und Lecithin.

14. Die Konkremente der Nieren.

I. Der Harnsäure-Infarkt, der bei Neugeborenen häufig beobachtet wird, ist vielleicht auf den starken Zerfall von Zellmaterial zurückzuführen, da die Harnsäure als Abkömmling des Nukleïns gilt.

II. Der Kalk-Infarkt, nach Quecksilber-, Phosphor- und ähnlichen Vergiftungen, wenn das Blut durch Resorption aus den Knochen mit Kalksalzen überschwemmt wird.

III. Pigment-Infarkte.

IV. Die Nierensteine; der Einfluſs der erblichen und Familienanlage bei den Cystin- und (seltener) bei den Harnsäuresteinen; geologische Verhältnisse, Gehalt des Trinkwassers an Kalksalzen, spielt kaum eine Rolle; auch der Einfluſs der Lebensweise und Ernährung ist nicht immer ausschlaggebend. Bei Kindern kommt für die Harnsäuresteine jedenfalls dem Harnsäure-Infarkt bei der Geburt eine Bedeutung zu, bei Erwachsenen die übermäſsige Zufuhr zellenreicher Nahrung. Für die Entstehung der Steine sind zwei Bedingungen notwendig, erstens die Ausscheidung der Substanzen aus der Lösung, zweitens ein Bindemittel. Ein sehr seltenes Vorkommnis sind die Indigo- und Eiweiſssteine; ferner die sogen. Urostealithe, die aus fettähnlichen Substanzen bestehen.

15. Die Entozoën und pflanzlichen Parasiten der Nieren; Echinococcus, kenntlich durch eine von den Nieren ausgehende Geschwulst und den Abgang von Hydatiden oder deren Bestandteilen durch den Urin; ferner Cysticercus cellulosae, Eustrongylus gigas, Distoma haematobium und Filaria sanguinis, die sehr selten, z. T. bei uns überhaupt nicht vorkommen.

16. Die Peri- und Paranephritis.

17. Die Anomalien der Nierengefäſse; es kommen vor Verdoppelungen einer oder beider Nierenarterien, angeborene Kleinheit, bezw.

Engigkeit derselben, mit der durch sie bewirkten Nierenatrophie; sehr selten sind Aneurysmen der Nierenarterie. Die häufigste Erkrankung der Nierenvenen ist die Thrombose, zu der sich eine Phlebitis obliterans gesellen kann. Paul Cohn-Berlin.

Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten. Von Dr. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Populär verständlich abgefafste, gut durchdachte Arbeit, deren Verbreitung wärmstens zu empfehlen ist. Preis 1 Mk.

Eine Unrichtigkeit hat sich S. 15 eingeschlichen: die Militärstatistik bringt auch die Erkrankungen der unteren Chargen; zur regelmäfsigen Untersuchung kommen nur nicht die Verheirateten.

Eine nicht deutliche Hervorhebung der $^0/_{00}$-Ziffern gegen die $^0/_0$-Ziffern macht den Leser manchmal irre. Sedlmayr-Borna.

Kriminalpsychologische und psychopathologische Studien. Von Dr. Frhr. v. Schrenck-Notzing-München.

„Diese gesammelten Aufsätze behandeln hauptsächlich die gerichtliche Begutachtung und psychopathologische Genese solcher zweifelhaften Geisteszustände, durch welche gewisse Mängel und Lücken der deutschen Strafrechtspflege deutlich gekennzeichnet werden.“ Die Aufgabe, die Verf. in diesem einleitenden Satze des Vorwortes sich stellt, wird glänzend gelöst.

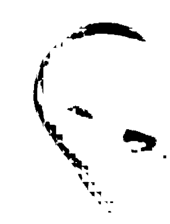
Vor allem ist das Buch den Juristen und den gebildeten Laien warm zu empfehlen, die als Geschworene sich über ihnen nicht geläufige Vorfälle ein Urteil zu bilden haben. Jeder Arzt wird aus dem Buche nur lernen können.

Der Arbeit sind u. a. angereiht ein bisher noch nicht veröffentlichter Aufsatz über sexuelle Abstinenz, der um so beachtenswerter ist, als er denjenigen, die für das Befinden des Einzelnen sexuelle Abstinenz belanglos halten, doch zu denken geben dürfte; ferner die eingehende Schilderung einer Geburt in Hypnose, welche in solchen Einzelheiten wohl in der Litteratur der Welt, in der deutschen sicher, einzig dasteht.

Das Werk ist im Verlag von J. A. Barth-Leipzig erschienen. Preis 4,80 Mk. Sedlmayr-Borna.

Ärztliches Jahrbuch. Von Dr. von Grolman-Wiesbaden. 4. Jahrgang. Format eines Medizinalkalenders.

Berücksichtigung nur neuerer Arzneimittel bis auf die Salicylsäure zurückgegriffen. Einteilung übersichtlich. Hinsichtlich Gonorrhoe und Folgekrankheiten Aufzählung der modernsten Arzneimittel, instrumentell gar nichts erwähnt. Behandlung von Hautkrankheiten eingehend berücksichtigt. Gegen Syphilis zahlreiche nach der Anwendungsweise gruppierte Präparate. Sedlmayr-Borna.





Girolamo Fracastors Gedicht von der Syphilis oder der Franzosenseuche. Im Versmaſs des lat. Urtextes. Von Dr. H. Oppenheimer-London.

Vortrefflich gelungene Übersetzung des in deutschen Werken bisher noch nicht vollständig wiedergegebenen Urtextes.

Sedlmayr-Borna.

Les Injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires. Par F. Cathélin. (J. B. Baillière et fils, Paris 1903.)

Dieses umfangreiche Werk bildet eine zusammenfassende Darstellung der Methode des Verf., die dieser ursprünglich zur Verbesserung der Corning-Bier'schen Kokainisation des Rückenmarkes ausarbeitete. Sie besteht darin, daſs vom Hiatus canal. sacralis aus durch den Sakralkanal Flüssigkeiten in den epiduralen Raum injiziert werden. Das ursprüngliche Ziel, eine Anästhesierung der unteren Körperhälfte auf diese Weise zu erzeugen, wurde bis jetzt allerdings damit nicht erzielt. Aber die Methode erwies sich als sehr nützlich zur Behandlung gewisser Urogenitalerkrankungen. Wie C. durch eingehende Versuche mit verschiedenen Medikamenten feststellen konnte, bedarf es zur Erreichung der Wirkung gar nicht des Kokains, sondern es genügt physiologische (0,75 %ige) Kochsalzlösung, die in Dosen von 5—40 ccm langsam in den Wirbelsäulekanal injiziert wird. Auf Grund seiner Beobachtungen an 80 Kranken, die er damit behandelt hat, kommt Verf. zu dem Schlusse, daſs seine Methode ausgezeichnet bei Enuresis nocturna et diurna sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen beiderlei Geschlechtes, ferner bei funktionellen Neurosen insbesondere bei Spermatorrhoe, Impotenz sowie bei nervösen Störungen in der Harnentleerung, die jeder anderen Therapie trotzten, wirkt. Dabei genügen meist 1—2 Injektionen, während Fälle, die nach 3—4 Injektionen sich nicht bessern, sich auch für weitere Behandlung als refraktär erweisen. In anderen Fällen, wo eine organische Erkrankung des Urogenitalapparates vorlag, wie Karzinom, Tuberkulose oder Gonorrhoe, konnte durch diese Einspritzungen nur vorübergehend eine Milderung der Beschwerden erzielt werden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbazillen.

Von

Dr. **Paul Asch,**

Spezialarzt für Harn- u. Blasenleiden zu Strassburg i. E.

Bei dem allgemeinen Interesse, das heute allen die Tuberkulose betreffenden Fragen mit Recht entgegengebracht wird, hielt ich eine neue experimentelle Untersuchung der Infektionswege der Nieren für angebracht. Sind doch die Ansichten über die tuberkulöse Infektion der harnsecernierenden Organe und die Elimination der Tuberkelbazillen mit dem Urin noch nicht geklärt. Erst vor kurzem haben L. Fournier und Beaufumé auf Grund ihrer Urinuntersuchungen bei tuberkulösen Menschen die Behauptung aufgestellt, dafs bei allen Tuberkulösen, auch in Abwesenheit jeglicher Nierenerkrankung, die Tuberkelbazillen mit dem Urin ausgeschieden würden. Von welcher Bedeutung gerade für die im Vordergrund der modernen Bestrebungen stehende Verhütung der Tuberkulose diese Tatsache wäre, liegt auf der Hand. Ich habe daher eine Reihe von Versuchen an Hunden unternommen, um die Elimination der Tuberkelbazillen mit dem Harn und die durch dieselben gesetzten Läsionen der Niere genauer zu prüfen[1]). Durch Vergleich der Versuchsergebnisse mit den pathologisch-anatomischen Daten bei Tuberkulose der menschlichen Niere dürfte dann wohl ein Rückschlufs auf die Art und Weise der Entstehung der menschlichen Nierentuberkulose möglich sein.

Im allgemeinen wird, wie auch Posner in seinem Referat über die Infektionswege der Urogenitaltuberkulose auf dem Neapler Tuberkulosekongrefs i. J. 1900 hervorhebt, die Nierentuberkulose

---

[1]) Diese Versuche habe ich im Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Strafsburg ausgeführt. Hierfür spreche ich den Herren Professoren Forster und E. Levy meinen verbindlichsten Dank aus.

in der Mehrzahl der Fälle als hämatogen zu denken sein. Freilich ist eine ascendierende tuberkulöse Infektion der oberen Harnwege von der Blase aus nicht a priori auszuschliefsen. Unter gewissen begünstigenden Umständen, insbesondere mangelhaftem Urinabflufs und Kongestion der Harnwege, dürfte eine solche Erkrankung der harnsecernierenden Organe wohl möglich sein. Klinisch sind solche Fälle beobachtet (s. Du Pasquier). Auch experimentell ist es — im Gegensatze zu Cayla, Hanau und Baumgarten — Albarran sowie Hansen gelungen, durch Injektion von Tuberkelbazillen in den Ureter und folgende Ligatur desselben eine tuberkulöse Erkrankung der Nieren hervorzurufen, während Rovsing sogar nach Injektion von Tuberkelbazillen in die traumatisierte Blase, verbunden mit einer vierundzwanzigstündigen Urinretention, das Auftreten von Tuberkeln in den Nieren herbeizuführen vermochte.

Dafs jedoch in der übergrofsen Mehrzahl der Fälle bei Tuberkulose der Nieren eine hämatogene Infektion vorliegen dürfte, dafür spricht das Befallensein beider Nieren, ferner der Umstand, dafs, wie Posner an einem grofsen Leichenmaterial darzutun in der Lage war, in frischen Fällen die Erkrankung nur in der Form einzelner Knötchen in der Peripherie der Niere erscheint und dafs erst später, je weiter der Prozefs sich ausbildet, die Herde gröfser werden und tiefer in die Marksubstanz herabreichen. Dafür spricht endlich die Thatsache, dafs meist — sofern das Leiden nicht zu weit vorgeschritten — Nierenbecken und Ureter von demselben verschont sind.

Die hämatogene tuberkulöse Infektion der Nieren verlangt daher in erster Linie experimentell untersucht zu werden. Insbesondere ist bis jetzt die Frage der Elimination der Tuberkelbazillen mit dem Urin experimentell kaum berücksichtigt worden. Nur in der soeben erschienenen Abhandlung von Hansen finde ich die Angabe, dafs nach Injektion von Tuberkelbazillen direkt in die Nierensubstanz von Kaninchen dieselben in allen Versuchen, sogar sehr kurze Zeit nach der Operation — genauere Angaben fehlen jedoch — im Urin erschienen. Bei der Sektion dieser Tiere fand man Tuberkulose der Niere und des Nierenbeckens. Dieser Autor hat auch bei Kaninchen nach subkutaner oder intratrachealer Injektion von Tuberkelbazillen und gleichzeitiger Traumatisierung der Niere resp. Ligatur des einen Ureters Tuberkulose der lädierten Niere, des betreffenden Nierenbeckens und Ureters herbeigeführt, während die andere Niere stets gesund blieb.

Eine tuberkulöse Infektion der Niere vom Blutwege aus war verschiedentlich, jedoch nicht immer mit positivem Erfolge, versucht worden. Vignerons intravenöse Injektion von Tuberkelbazillen beim Kaninchen nach vorheriger Ligatur des Ureters, Du Pasquiers Einführen von Tuberkelbazillen direkt in die Nierenarterien des Kaninchens hatten keine Tuberkulose der Nieren zur Folge. Borrel dagegen kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schlusse, dafs die primitive tuberkulöse Infektion der Niere nur durch die arterielle Injektion der Bazillen, die er in den Aortenbogen vornimmt, hervorgerufen wird. Dieselbe zeichne sich durch das Befallensein der Glomeruli und der Rindensubstanz aus, während man bei intravenöser Injektion der Tuberkelbazillen eine in allen Nierenteilen zerstreute Miliartuberkulose mit besonderer Lokalisation um die Gefäfse vorfinde. In der primären Nierentuberkulose sehe man auch nie Bakterien in der Pyramidensubstanz, dieselben befänden sich meist in den erweiterten Kapillargefäfsen der Glomeruli und der interstitiellen Substanz der Rinde und zwar eingeschlossen in Leukocyten. In der nach intravenöser Injektion sich entwickelnden Miliartuberkulose, bei der die Verschleppung der Keime durch die Lymphbahnen stattfinde, seien im Gegensatz zu den primären Tuberkeln nur wenige Bazillen in den Tuberkeln nachweisbar.

Laroche, der Kaninchen direkt in die extraperitoneal freigelegte Arteria renalis oder nach vorausgegangener die Niere reizender Fütterung mit Oxamid in die Ohrvene injiziert, sieht als früheste und charakteristischste Folge der Infektion der Nieren Hämorrhagien an. Er fand die Tuberkelbazillen in den Glomerulis, in den intertubären Kapillaren und in den Tuberkeln.

Baumgarten schliefst sowohl aus seinen Experimenten als auch aus seinen pathologisch-anatomischen Untersuchungen, dafs nächst den Lungen die Nieren am frühesten und reichlichsten von metastatischer Tuberkelentwicklung ergriffen werden. Nach seiner Meinung bleiben die Tuberkelbazillen zunächst in den Gefäfsschlingen der Glomeruli und den Epithelien der gewundenen Harnkanälchen haften, in welch letztere sie von den anliegenden Kapillargefäfsen oder auch mittels des Harnstromes, dem s e von den Glomerulis beigemengt werden, hineingelangen. Die Bazillen hat er nur innerhalb von Zellen gesehen, nie im freien Lumen der Harnkanälchen oder im Blute der Kapillargefäfse.

Ein besonderes Interesse vom bakteriologischen Standpunkte aus bieten die Versuche von Friedrich und Nösske, sowie von

Schulze und Lubarsch. Diese Forscher beobachteten nämlich beim Kaninchen nach Einführung von Tuberkelbazillenemulsionen in den linken Ventrikel nicht nur die Entwicklung einer miliaren Tuberkulose beider Nieren, sondern sie fanden in den letzteren strahlenpilzähnliche Wuchsformen des Tuberkuloseerregers.

Ich selbst habe nun sieben Hunden, deren Urin chemisch und mikroskopisch frei von abnormen Bestandteilen befunden war, in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmte und im sterilen Mörser zerriebene Kulturen zweier für Meerschweinchen pathogener Tuberkelbazillenstämme in die Nierenarterien gebracht, indem ich unter Äthernarkose durch die Arteria femoralis eine dünne Gummisonde in die Bauchaorta bis zum Abgang der Nierenarterien vorschob[1]) und verschiedene Mengen von Tuberkelbazillen einspritzte. Zuerst täglich — in einem Falle zweimal die ersten Tage —, dann alle 2 Tage, später in etwas gröfseren Abständen habe ich den Urin der infizierten Tiere steril aufgefangen[1]), zur Abtötung sonstiger Mikroben zehn Minuten einer Hitze von 58° ausgesetzt und das Centrifugat Meerschweinchen intraperitoneal injiziert. So war von vornherein jegliche Mifsdeutung eventuell gefundener tuberkelbazillenähnlicher Mikroben unmöglich gemacht und ausserdem der Nachweis auch vereinzelter Tuberkelpilze, die sonst der mikroskopischen Untersuchung entgangen wären, gesichert. Ebenso wurden kleinste Nierenstückchen der gefallenen Hunde in physiologischer Kochsalzlösung verrieben und Meerschweinchen intraperitoneal eingespritzt. Die Meerschweinchen, sofern sie nicht spontan nach Wochen der Infektion erlagen, wurden frühestens 8 Wochen nachher getötet. Der Urin der Versuchstiere wurde aufserdem auf Eiweifs, rote Blutkörperchen, Leukocyten und Cylinder regelmäfsig untersucht. Zum Nachweis des Albumen wandte ich die Salpetersäurering- und die Kochprobe an. Die Niere selbst, die in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet wurde, habe ich sowohl nach den üblichen Methoden zum Nachweis von Tuberkelbazillen als auch zwecks Auffindens etwaiger Strahlenpilzformen nach Weigert gefärbt. Ich lasse nunmehr die Versuchsprotokolle folgen, indem ich bemerke, dafs von den injizierten TB-Stämmen der Stamm L bedeutend virulenter als der Stamm K war.

---

[1]) Näheres über die Technik s. diese Ztschr. 1902 Bd. XIII, H. 6.

I. Versuch.

Gewicht des Hundes: 9000 g

23. VII. 02, vorm. 9 Uhr. Injektion von 25 mg Tuberkelbazillenrasen (Stamm L).
23. „ „ abends 6 Uhr. Hd. munter.
24. „ „ Hd. munter. Spur Eiweifs. Keine TB.[1])
25. „ „ „ „ „ „ TB.
26. „ „ starker Eiweifsgehalt. Im Urin weder Blutkörperchen noch Cylinder.
28. „ „ Hd. traurig.
29. „ „ Hd. trauriger. Minimale Eiweifsspuren, weder Blutkörperchen noch Cylinder. TB.
31. „ „ Hd. schwach, hat sich die Wunde aufgebissen. Starker Blutverlust. Das Tier atmet schwer. In Narkose Unterbindung der blutenden Gefäfse und Vernähung der Wunde.
1. VIII. In der Frühe wird der Hd. tot im Stall aufgefunden. Gewicht: 7150 g. Das Tier hat also in den 10 Tagen um ca. $1^1/_2$ kg abgenommen.

Sektion: In dem Unterlappen der linken Lunge pneumonische Herde. Die Milz ist mit kleinen weifsen Knötchen durchsäet. Beide Nieren zeigen den gleichen Befund: sie sind stark hyperämisch, ödematös; subkapsulär zahlreiche weifse kleine Knötchen. Der direkt aus der Blase entnommene Urin ist trübe und stark eiweifshaltig, was wohl z. T. auf das vorhandene Sperma zurückzuführen ist. Das mit Nierensubstanz infizierte Meerschweinchen erlag nach 28 Tagen der Tuberkulose.

Die mikroskopische Untersuchung der Nieren läfst körnige Degeneration vieler Zellen der gewundenen Harnkanälchen erkennen. In manchen Schnitten sind sowohl die gewundenen wie die geraden Harnkanälchen ganz der Nekrose verfallen. Die gewundenen Harnkanälchen inkl. Henlesche Schleifen sind stark erweitert. Die Gefäfsschlingen der Glomeruli sind sehr kernreich. Auch die Umgebung der Malpighischen Körperchen und die äufserste Rindenschicht sind reich an Zellen. In dieser letzteren Zone findet man an einzelnen Stellen zwischen den Zellen Bündel von Tuberkelbazillen, dergleichen in einem gewundenen Harnkanälchen. Strahlenpilzherde sind nicht nachweisbar.

II. Versuch.

Gewicht des Hundes 9000 g.

24. VII. 02, vorm. $9^1/_2$ Uhr. Injektion von 8 mg TB-rasen (Stamm K).
25. „ „ Hd. munter. Kein Eiweifs.
28. „ „ Hd. traurig, magert ab.
31. „ „ Hd. munterer.

[1]) TB = Tuberkelbazillen.

6.	VIII.	Hd. munter, frifst, nimmt an Gewicht wieder zu.
12.	„	„ „ „ „ „ „ „ „ „
18.	„	„ „ „ „ „ „ „ „ „
5.	IX.	„ „ „ „ „ „ „ „ Keine TB.
13.	„	Status idem. Urin hell, eiweifsfrei, enthält weder Blutkörperchen noch Cylinder. Keine TB.
25.	„	Status idem. Keine TB.
6.	X.	Kein Eiweifs. TB.
22.	XII.	Gewicht 9200 g. Der Hund hat also sein ursprüngliches Gewicht wieder eingeholt. Hd. wird per Nackenschlag getötet. Die Operationswunde ist gut geheilt.

Sektion: In der Blase kein Urin. Weder an der Lunge noch an den sonstigen Organen makroskopisch Abnormes wahrnehmbar. Nur beide Nieren lassen subkapsulär Tuberkelknötchen erkennen.

Bei der mikroskopischen Besichtigung findet man die gewundenen Harnkanälchen (inkl. Henlesche Schleifen) in grofser Anzahl nekrotisch. Manchmal sind ihre Zellen noch erhalten, die Kerne aber nicht mehr sichtbar. An anderen Stellen, besonders in der äufsersten Rindenschicht, sind ziemlich zahlreiche Tuberkel mit oft verkästem Centrum zu sehen. Ihre Umgebung ist reich an Rund- und epitheloiden Zellen. In diesen Zonen sind die Harnkanälchen erweitert und ihre Zellen geschwollen. Die Glomeruli zeichnen sich durch auffallenden Kernreichtum ihrer Gefäfsschlingen aus. Auch die geraden Harnkanälchen, jedoch in geringerem Grade, sind von Nekrose ergriffen. Zwischen denselben bemerkt man eine Proliferation von epitheloiden Zellen.

Sehr schön gefärbte TB sind im Lumen von gewundenen Harnkanälchen, in interstitiellen Kapillaren sowohl in Büscheln als nebeneinander geordnet nachzuweisen. Die geraden Harnkanälchen enthalten nur ausnahmsweise vereinzelte TB. An einzelnen Stellen sind die Gefäfsschlingen der Glomeruli gefüllt mit Tuberkelpilzen. An einer Stelle sieht man einen Glomerulus fast ganz von einem Tuberkel eingenommen; im Centrum befindet sich eine nekrotische Masse, in der TB nachweisbar sind. Dieser Tuberkel hat an einer Seite auch die benachbarten gewundenen Harnkanälchen in sein Bereich gezogen. In einem Schnitte gelingt es im Mark und zwar in der Nähe einer gröfseren Arterie drei strahlenpilzförmige Herde zu erkennen. Ihr Centrum wird durch einen Knäuel von Fäden

gebildet, der an der Peripherie sich löst und dabei manchmal kolbenartig endet. Das ganze Gebilde ist dunkelblau gefärbt.

III. Versuch.

Gewicht des Hundes: 5000 g.

25.	VII.	02,	vorm. $9^1/_2$ Uhr. Injektion von 4 mg TB-rasen (Stamm K).
26.	„	„	Hd. munter. Kein Eiweiſs. TB.
28.	„	„	Hd. etwas niedergeschlagen. Kein Eiweiſs. TB.
30.	„	„	Hd. traurig, Spur Eiweiſs. Im Urin weder Blutkörperchen noch Cylinder. TB.
31.	„	„	Hd. munter.
1.	VIII.	„	„ „ Kein Eiweiſs.
4.	„	„	„ „ friſst gut; kein Eiweiſs. TB.
6.	„	„	Status idem. Keine TB.
8.	„	„	„ „ „ „
11.	„	„	Urin trübe, enthält viel Sperma. Dies erklärt wohl z. T. den starken Eiweiſsgehalt. TB.
14.	„	„	Hd. etwas traurig, magert ab; kein Eiweiſs.
18.	„	„	Hd. magert zusehends ab, obwohl er, immer hungrig, viel friſst. Kein Eiweiſs. TB.
19.	„	„	Hd. wird immer schwächer und magerer trotz kolossaler Nahrungsaufnahme. Kein Eiweiſs. TB.
20.	„	„	Status idem. TB.
26.	„	„	Hd. magert weiter ab. TB.
29.	„	„	Status idem. TB.
2.	IX.	„	Die Abmagerung nimmt zu. Der Hund jammert beim Urinieren, schwankt beim Gehen. Eiweiſs. Gewicht: 3350 g. Der Hund hat also seit Beginn des Versuches um über $1^1/_2$ kg abgenommen. TB.
3.	„	„	In der Frühe wird der Hund tot im Stalle aufgefunden. Die Operationswunde ist verheilt.

Sektion 8 Uhr: Hund stark abgemagert. Leber, Milz, Lunge, beide Nieren von Tuberkelknötchen übersäet. In den Nieren liegen sie besonders zahlreich direkt unter der Sehnenhülle. Von da durchsetzen sie in streifiger Anordnung, nach dem Nierenbecken konvergierend, die ganze Niere. Das Peritoneum enthält etwas schmutzige, trübe Flüssigkeit. Der direkt aus der Blase entnommene Urin enthält Eiweiſs und TB. Auch das Meerschweinchen, dem Nierensubstanz intraperitoneal injiziert wurde, erlag 6 Wochen später der Infektion.

Die mikroskopische Untersuchung läſst in der Nierenrinde überaus zahlreiche Tuberkel mit Riesenzellen erkennen. In manchen Schnitten grenzt ein Tuberkel an den andern. Die meist sehr groſsen Tuberkel sind im Centrum oft verkäst und haben manchmal nekrotische Harnkanälchen und Glomeruli umringt. Das interstitielle Gewebe



ist in diesen Zonen sehr reich an epitheloiden Zellen. Die gewundenen Harnkanälchen (inkl. Henlesche Schleifen) sind stark erweitert, z. T. nekrotisch, oder ihre Zellen sind geschwollen und entbehren des Kernes. Die Glomeruli fallen durch ihren Kernreichtum auf. Im Mark sind weniger Tuberkel vorhanden. Interessant ist das Vorfinden eines Tuberkels auf einer Papille.

TB findet man in den Zellen und dem Lumen der gewundenen Harnkanälchen, jedoch nicht besonders zahlreich. An einer Stelle liegen im Lumen eines gewundenen Harnkanälchens 6 TB innerhalb einer nekrotischen Masse. Das Lumen eines anderen gewundenen Harnkanälchens mit z. T. nekrotischen Zellen ist zur Hälfte mit TB gefüllt. Dieses Harnkanälchen ist von einer Proliferation von epitheloiden Zellen umgeben. In den Tuberkeln sind meist nur wenige TB nachweisbar. Die Weigertsche Färbung läfst in der Rinde einen runden und einen länglichen strahlenförmigen Tuberkelpilzherd erkennen. Das Centrum ist gleichmäfsig gekörnelt, im runden Herd schmutzig rot, im langen gelblich gefärbt. Um dieses Centrum legt sich ein Kranz von blauen Strahlen, die radiär angeordnett z. T. kolbig enden. In einem mit Lithionkarmin vorgefärbten und nach Weigert behandelten Schnitte sind zwei sehr schöne dunkelblaue Pilzrasen zu sehen; auch hier endet ein Teil der Pilze kolbig.

IV. Versuch.

Gewicht des Hundes: 11200 g.

30. VII. 02, vorm. $9^1/_2$ Uhr. Injektion von 40 mg TB-rasen (Stamm K).
2. VIII. „ Hd. traurig, frifst nicht. TB.
4. „ „ Hd. tot im Stall aufgefunden.

Die Sektion, morgens 8 Uhr ausgeführt, ergiebt: Akute Pneumonie. Beide Nieren geschwollen, ödematös, stark hyperämisch, dunkelblaurot gefärbt. Der direkt aus der Blase entnommene Urin enthält viel Eiweifs und TB. Schon 17 Tage nachher erliegt das mit Nierensubstanz infizierte Meerschweinchen der Tuberkulose.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fällt der Reichtum des interstitiellen Gewebes an epitheloiden Zellen und die Nekrose ganzer Gewebsstrecken auf. Insbesondere sind die gewundenen Harnkanälchen der Nekrose verfallen. An anderen Strecken dagegen ist besonders in den soge-

nannten Schaltstücken eine solche Wucherung der Zellen eingetreten, dafs das Lumen der betr. Harnkanälchen ganz verschlossen erscheint. Die Nierenrinde ist reich an Tuberkeln. Auch im Mark sind solche hie und da zu finden. Einer derselben geht sichtlich von einer Arterie aus.

TB findet man in den gewundenen Harnkanälchen und den Gefäfsschlingen der Glomeruli. In der Rinde sind in den Glomerulis manchmal so starke Bakterienanhäufungen vorhanden, dafs sie schon bei schwacher Vergröfserung als rote unregelmäfsige Flecken erscheinen. An einer Stelle befindet sich eine kolossale TB-anhäufung in einer Ansammlung von epitheloiden Zellen. Die um dieselbe herumliegenden Harnkanälchen sind nekrotisch. In der äufsersten Rindenschicht findet man Nester von TB und zwar in den interstitiellen Kapillaren und in nekrotischen Zellen der gewundenen Harnkanälchen, weniger in den Zellen der doch gerade hier zahlreichen Tuberkel. Während in unzähligen Schnitten trotz penibler Durchforschung keine Strahlenpilzformen nachweisbar sind, gelingt es mir, in einem Schnitte deren fünf zu entdecken. Das Centrum wird von einer gekörnten, etwas streifigen Masse eingenommen. Darum herum legt sich ein mehr minder ausgeprägter Kranz von Kolben.

V. Versuch.

Gewicht des Hundes: 11300 g.

11.	VIII.	02,	vorm. $9^1/_2$ Uhr. Injektion von 10 mg TB-rassen (Stamm L).
12.	„	„	Hd. munter, kein Eiweifs. TB.
14.	„	„	„ „ „ „ Keine TB.
16.	„	„	„ „ „ „ TB.
18-29	„	„	„ „ „ „ Keine TB.
2	IX.	„	„ „ „ „ TB.
5-12	„	„	„ „ „ „ Keine TB.
19.	„	„	Spur Eiweifs. Status idem. Keine TB.
25.	„	„	„ „ „ „ TB.
10.	X.	„	Hd. gut genährt, zeigt ganz normales Verhalten.
15.	„	„	Kein Eiweifs. Keine TB.
31.	„	„	Hd. munter, hat an Gewicht zugenommen. TB.
13.	XI.	„	Kein Eiweifs noch Blutkörperchen oder Cylinder. Keine TB.
25.	„	„	Eiweifs. Keine TB.
6.	XII.	„	Spur Eiweifs. Keine TB.
16.	„	„	Gewicht: 12800 g. Der Hund hat also seit Beginn des Versuches um $1^1/_2$ kg zugenommen. Die Operationswunde ist ver-



heilt. Das Tier wird per Nackenschlag getötet. Die sofort vorgenommene Sektion läfst makroskopisch aufser an den Nieren an keinem Organ etwas Abnormes sehen. Beiderseits bemerkt man in der Nierenrinde einzelne weifse Infiltrate, die sich, als längliche Streifen nach dem Centrum konvergierend, bis in das Mark erstrecken. Der direkt aus der Blase entnommene Harn enthält Eiweifs, aber weder Blutkörperchen, noch Cylinder, noch TB.

Bei der mikroskopischen Besichtigung fällt die Nekrose ganzer Gewebsstrecken auf, sodafs in den betreffenden Zonen kaum eine Struktur zu erkennen ist. An anderen Stellen sind die gewundenen Harnkanälchen geradezu enorm erweitert, ihre Zellen kolossal aufgeschwollen oder nekrotisch. Auch die Zellen mancher gerader Harnkanälchen sind der Nekrose verfallen. Gewöhnlich sind die Glomeruli sehr kernreich. Periarteriitis. An gewissen Stellen starke interstitielle Zellenwucherung.

Im Lumen der gewundenen Harnkanälchen (inkl. Henlesche Schleifen) und der Gefäfsschlingen der Glomeruli ziemlich zahlreiche TB nachweisbar. In der Rinde zahlreiche Tuberkel mit nur vereinzelten TB. Im Mark nur wenige Tuberkel. Strahlenpilzherde nicht zu finden.

VI. Versuch.

Gewicht des Hundes: 8600 g.

11. VIII. 02, vorm. 10 Uhr. Injektion von 5 mg TB-rasen (Stamm L).
1. X. „ Hd. stark abgemagert, wiegt nur noch 6000 g.
14. „ „ Hd. hat wieder zugenommen. Gewicht: 7950 g. TB.
16. „ „ Urin stark eiweifshaltig. Keine TB.
14. XI. „ Eiweifs. Keine TB.
19. „ „ Weder Eiweifs noch Blutkörperchen oder Cylinder. Keine TB.
6. XII. „ Eiweifs. Keine TB.
14. „ „ Gewicht: 7800 g. Der Hund hat also sein ursprüngliches Gewicht nicht mehr erreicht. Hund per Nackenschlag getötet. Bei der sofort ausgeführten Sektion läfst sich weder an den Nieren noch an den sonstigen Organen makroskopisch etwas Abnormes konstatieren. In der Blase nur wenige Tropfen Urin. Das mit Nierensubstanz infizierte Meerschweinchen erliegt der Tuberkulose.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine ausgedehnte Nekrose der Harnkanälchen, besonders der gewundenen. In der Rinde zahlreiche Tuberkel, die z. T. mehrere nekrotische Harnkanälchen umfassen. Im Mark

nur ganz vereinzelte Tuberkel. Interstitiell starke Zellenwucherung. An einzelnen Stellen sind die gewundenen Harnkanälchen, besonders die Schaltstücke, enorm verbreitet und ihre Zellen in auffallendem Maſse geschwollen. Die Glomeruli sehr kernreich. TB nicht zahlreich; sie liegen im Lumen der gewundenen Harnkanälchen und sehr selten in den Gefäſsschlingen der Glomeruli.

VII. Versuch.

Gewicht des Hundes: 6800 g.

28. I. 03, vorm. $9^1/_4$ Uhr. Injektion von 10 mg TB-rasen (Stamm L).
28. „ „ 12 Uhr mittags. Ziemlich starke Albuminurie. Weder Blutkörperchen noch Cylinder.
28. „ „ 3 Uhr nachmittags. Eiweiſs, keine Blutkörperchen.
29. „ „ 7 „ morgens. Eiweiſs, einzelne Leukocyten.
29. „ „ 10 Uhr vormittags. Hund per Nackenschlag getötet. Die sofort angeschlossene Sektion ergiebt: Niere leicht hyperämisch. In Rinde und Mark Blutungen. Der direkt aus der Blase entnommene Urin enthält weder Blutkörperchen noch Cylinder.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt das Glomerulusepithel starke Wucherung. Im Bowmanschen Raum finden sich meist fädige geronnene Massen, aber keine geformten Elemente. Die gewundenen Harnkanälchen jeder Ordnung lassen auffallender Weise eine schon stark vorgeschrittene Nekrose der Epithelien erkennen, nur an wenigen sind die Kerne noch färbbar, stets ist das Protoplasma körnig zerfallen. Der aufsteigende Schenkel der Henleschen Schleifen ist relativ am wenigsten angegriffen. Hie und da, doch selten, beginnende interstitielle Leukocytenanhäufungen. Ganze Gewebsstrecken vollkommen nekrotisch. Kapillaren und Arterien z. T. stark mit Blut gefüllt. Nur wenige Bakterien nachweisbar, die meisten in der subkapsulären Schicht. Das Lumen einer gröſseren Arterie ist von einer nur wenige Leukocyten enthaltenden geronnenen Masse eingenommen, die ziemlich zahlreiche gut gefärbte Bazillen birgt. Die Gefäſsschlingen der Glomeruli umschlieſsen nur ausnahmsweise TB, während solche in den Epithelien der gewundenen Harnkanälchen etwas häufiger sind. In der Nierenrinde zwei aktinomycesähnliche blaugefärbte Herde, deren Ausstrahlungen jedoch keine Kolben bilden.

Aus diesen Versuchen können wir folgende Tatsachen und Überlegungen folgern:

Die Tuberkelbazillen erscheinen 1—2 Tage nach der Injektion in die Bauchaorta, Gegend der Nierenarterien, im Urin. Später kann die Elimination der Tuberkelbazillen mit dem Harn zeitweise unterbrochen sein. Vor der Ausscheidung der Tuberkelbazillen tritt manchmal in einem Falle schon 3 Stunden nach der Infektion Albuminurie auf. Das Ausscheiden des Eiweifses mit dem Urin scheint von der Menge der injizierten Kultur abzuhängen, und zwar dürften hier die mit derselben eingeführten Stoffwechselprodukte von Bedeutung sein. Übrigens halte ich es nicht für angängig, aus dem Fehlen einer nachweisbaren Albuminurie ohne weiteres auf eine normale Niere zu schliefsen. Ersehen wir doch z. B. aus Versuch III, in welchem — aufser einmal bei Vorhandensein von Sperma im Harn — niemals Eiweifs im Urin nachgewiesen werden konnte, dafs trotzdem die beiden Nieren stark vorgeschrittene Läsionen der ausscheidenden Elemente, Glomeruli und Harnkanälchen, und aufserdem zahlreiche Tuberkelknötchen aufwiesen. Auch in meinen früheren Versuchen an Hunden, denen ich andere Mikroben intraarteriell eingeführt hatte[1]), konnte ich die Beobachtung machen, dafs bei oft schweren Nierenläsionen manchmal nur ausnahmsweise und dann nur höchst spärliche Eiweifsspuren im Urin auftraten. Bedenken wir ferner, dafs in einem Versuche (VII) schon 3 Stunden nach der Infektion Eiweifs im Urin sich zeigte, so dürfen wir wohl annehmen, dafs ein so heftiges Nierengift stets schnell die Nieren in einem gewissen Grade lädiert, wie dies in der Tat derselbe Versuch ergab. Wir können daher aus den Experimenten, in denen Tuberkelbazillen mit dem Urin ohne vorangegangene Albuminurie ausgeschieden wurden, meiner Ansicht nach noch nicht den Schlufs ziehen, dafs die Tuberkelkeime durch die normale Niere ausgeschieden werden.

In den Nieren verursacht der intraarteriell injizierte Tuberkelbacillus sowohl bei akutem und subkakutem wie bei chronischem Verlauf der durch denselben hervorgerufenen Infektionskrankheit stets sehr schwere Läsionen, und zwar in beiden Nieren. Aufser der Bildung typischer Tuberkeln ist besonders auffallend die sehr verbreitete Nekrose der gewundenen Harnkanälchen einerseits, die Wucherung des Glomerulusepithels, sowie die Zellenproliferation

---

[1]) Siehe diese Zeitschr. 1002, Bd. XIII, Heft 12.

des interstitiellen Gewebes und manchmal der Schaltstücke andererseits. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist ferner die subkapsuläre Entwicklung der Tuberkelknötchen und die besonders starke Erkrankung der benachbarten, d. h. der äufsersten Rindenschicht. Hierauf werde ich weiter unten noch zurückkommen. Doch sind die übrigen Teile der Rinde, ebenso wenig wie das Mark, nie ganz frei von spezifischen Läsionen.

Zur weiteren Besprechung meiner Versuche dürfte eine Einteilung derselben in zwei Serien anzuempfehlen sein. Die erste Reihe umfafst diejenigen Experimente (I, III, IV), bei denen die Tiere nach kurzer Zeit erlagen, wo wir also das Bild einer akuten Infektionskrankheit beobachten konnten. Eine zweite Serie betrifft diejenigen Versuche, bei denen die Infektion eine chronisch verlaufende Erkrankung der Tiere zur Folge hatte. Versuch VII, bei welchem ich das Tier nach 24 Stunden tötete, lasse ich aufserhalb dieser Betrachtungen. Warum in einigen Fällen die Infektionskrankheit einen akuten, in den anderen einen chronischen Verlauf nahm, dürfte wohl von dem Verhältnis der Virulenz der eingeführten Kultur zu der Verteidigungskraft des infizierten Organismus abhängen. Auf ein anderes diesbezügliche Moment werde ich weiter unten eingehen.

Während nun bei den akuten Fällen auch andere Organe tuberkulös erkrankt waren und die Niere stets neben der Durchsetzung mit miliaren Knötchen eine sehr starke venöse Hyperämie und Stauung zeigte, sind bei den chronisch verlaufenden Versuchen, wenigstens makroskopisch, an den sonstigen Organen keine Läsionen nachzuweisen und ist die Zahl der makroskopisch sichtbaren Nierentuberkel eine viel geringere, oder dieselben fehlen ganz; von Hyperämie und Ödem der Niere ist keine Spur vorhanden. Histologisch zeichnen sich die chronischen Fälle vor den akuten durch eine viel ausgeprägtere, geradezu enorme Aufschwellung und Erweiterung der gewundenen Harnkanälchen aus. Sonst zeigen beide Serien mikroskopisch im grofsen und ganzen dieselben Veränderungen. Die Tuberkel sind, wie schon bemerkt, stets mit Vorliebe in der äufsersten Rindenschicht lokalisiert, sind aber auch in den übrigen Rindenteilen, sowie im Mark zu finden. Sie bestehen aus einer Ansammlung von epitheloiden Zellen, z. T. Riesenzellen, zwischen die sich manchmal Leukocyten eindrängen. Das Centrum dieser Tuberkel geht oft in Verkäsung über. Sie umgeben hie und da Glomeruli und Harnkanälchen mit meist nekrotischen Zellen, und ist ihr Ausgang von denselben oft sehr deutlich. In einem

Falle hatte sich eine Tuberkel um eine „Sammelröhre“ gebildet, in einem anderen auf der „Papille“ selbst.

Erörtern wir nun die Frage der Anwesenheit und Verteilung der Tuberkelbazillen in den Nieren, so fiel mir auf, dafs im grofsen und ganzen die Menge der in den Schnitten nachweisbaren Tuberkelpilze meist nicht im Verhältnis stand zu den gefundenen histologischen Veränderungen. In den Versuchsprotokollen habe ich natürlich nur die bazillenreichen Schnitte näher besprochen. Ich mufste aber oft sehr zahlreiche Schnitte untersuchen, bis ich auf solche traf. Wir gehen daher wohl nicht fehl, anzunehmen, dafs diese Läsionen, insbesondere die Schwellung und Nekrose der Harnkanälchen, in erster Linie durch die Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen gesetzt werden. Diese Annahme findet eine Stütze in den von Claude erwähnten Experimenten von Grancher und H. Martin, von Arloing, von Rodet und Courmont, von Carrière, sowie in der Beobachtung Chauffards, der beim Menschen nach einer Tuberkulininjektion Nephritis mit folgendem Tode eintreten sah, und Hubers, bei dessen Patienten nach Tuberkulininjektion zwei kurze Anfälle von hämorrhagischer Nephritis erfolgten. Auch A. Mafucci kommt auf Grund zahlreicher Versuche an Kaninchen mit sterilisierten Tuberkelbazillenkulturen und tuberkulösen Organen, die er 2 Stunden einer Hitze von 100° ausgesetzt hatte, zu dem Ergebnis, dafs die tuberkulösen Läsionen der Organe z. T. durch lebende Mikroben, z. T. aber auch durch deren giftige chemische Produkte verursacht werden. Endlich seien die diesbezüglichen Experimente von Ramond und Hulot erwähnt. Diese Autoren fanden nach Einführung einer in einem Kollodiumsäckchen eingeschlossenen Tuberkelbazillenkultur in das Peritoneum der Versuchstiere die Niere von allen Organen am meisten degeneriert. Sie führen diese Degeneration auf die Einwirkung der Tuberkeltoxine zurück, da nur diese, nicht aber die Bakterien durch das Kollodiumsäckchen dringen können.

Gehen wir nunmehr zu den Einzelheiten des Auftretens der Tuberkelbazillen in den verschiedenen Teilen des Nierengewebes über, so konnte ich sowohl bei den akuten wie bei den chronischen Fällen die Tuberkelkeime, sei es einzeln oder in Nestern angeordnet, in den Gefäfsschlingen der Glomeruli, im Lumen und — ausnahmsweise — in den Zellen der gewundenen Harnkanälchen spärlicher im Lumen der geraden Harnkanälchen, ferner in den interstitiellen Kapillaren und in den Tuberkeln

vorfinden. Das, freilich seltene, Vorhandensein von Tuberkelbazillen in den Zellen der gewundenen Harnkanälchen selbst dürfte, da es sich um nekrotische Zellen handelt, vielleicht so zu erklären sein, dafs die Bakterien bei dem doch sicherlich stattfindenden Eindringen von Flüssigkeit aus dem Lumen der Harnkanälchen in die degenerierten Zellen vom ersteren in diese gelangt sind. Die Ansicht Baumgartens, dafs die Mikroben direkt von den interstitiellen Kapillaren in die Zellen der Harnkanälchen eindringen, ist freilich auch nicht ganz von der Hand zu weisen, wird aber wohl seltener zutreffen. Bei den akut verlaufenen Fällen fanden sich Tuberkelbazillen aufser in den eben angegebenen Nierenelementen besonders zahlreich in der äufsersten Rindenschicht. Das massenhafte Vordringen der Tuberkelpilze in diese an Lymphbahnen so reiche Schicht mag neben der Virulenz der injizierten Bazillen und der Resistenz des infizierten Organismus eine gewisse Rolle in dem akuten Verlauf der Erkrankung spielen.

Nach dieser Schilderung der histologischen und bakteriellen Befunde ist nämlich der Ausgang der Tuberkelbildung von dem System der eigentlichen Harnwege, ebenso wie deren Zusammenhang mit der Blutbahn klargelegt. Wenn ich also hier auf die viel besprochene Frage der Verbreitung des tuberkulösen Agens in der Niere eingehen soll, so möchte ich auf Grund meiner Versuche annehmen, dafs die Bazillen durch die arterielle Blutbahn in die Glomeruli gelangen und von hier aus sowohl durch die Blutbahn (Vas efferens) als durch die Harnwege in weitere Teile der Niere verschleppt werden. Der erstere Weg der Verbreitung der Tuberkelbazillen erklärt wohl auch, warum gerade die äufserste Rindenschicht direkt unter der Sehnenhülle der Niere am frühesten und reichlichsten von Tuberkeln durchsetzt wird. Hier gehen bekanntlich aus dem arteriellen Kapillarnetz der Rinde die Venae stellatae, die durch den sternförmig angeordneten Zusammentritt kleinster Venenanfänge gebildet sind, hervor. Dafs nun gerade hier, an der Übergangsstelle der arteriellen in die venöse Blutbahn, die Bakterien sich mit Vorliebe niederlassen und ihren spezifischen deletären Einflufs auf die Umgebung ausüben, dürfte durch die doch sicher an diesem Orte herrschende Verlangsamung des Blutlaufes zu erklären sein. Wenn wir weiter bedenken, dafs gerade unter der Kapsel sich die in der ganzen Niere besonders die gewundenen Harnkanälchen umgebenden Lymphspalten verbreiten und ausdehnen, so können wir darin ein weiteres Moment für eine, freilich sekun-



däre, Weiterverschleppung des tuberkulösen Agens gerade in dieser äufsersten Rindenschicht sehen.

Ich habe nun auch nach der Weigertschen Färbungsmethode die von Friedrich und Nösske, sowie von Lubarsch und Schulze nach Einführung von Tuberkelbazillenkulturen in den arteriellen Kreislauf in den Organen beobachteten „aktinomycesähnlichen Wuchsformen der Bazillenherde“ nachzuweisen gesucht. Dies ist mir, jedoch nicht in allen Fällen und nur in vereinzelten Schnitten, gelungen. Die Frage der „Strahlenpilzformen“ des Tuberkuloseerregers ist für die Stellung des Tuberkulosekeimes im Bakteriensystem von hervorragender Bedeutung. Wäre dadurch doch erwiesen, dafs der Tuberkelbacillus den Aktinomyceten nahe steht, eine Ansicht, die E. Levy vertritt. Nachdem schon i. J. 1884 Angelo Petrone für den Tuberkelpilz eine höhere Stellung im System beansprucht hatte und Metschnikoff denselben nicht mehr als Endstadium, sondern nur als einen Zustand im Entwicklungscyklus eines Fadenbakteriums betrachtete, gelang es Fr. Fischel, E. Klein, Coppen Jones, sowie unter E. Levys Leitung Hayo Bruns, an den Tuberkelbazillen von Reinkulturen und Sputum Verzweigungen und keulenförmige Anschwellungen nachzuweisen. Babes und Levaditti fanden dann bei Kaninchen gleiche aktinomycesähnliche Herde nach subduraler Injektion des Tuberkelpilzes an der Impfstelle selbst. Dagegen konnten Friedrich und Nösske, sowie Schulze und Lubarsch nach Einführen von Tuberkelbazillenkulturen in den linken Ventrikel des Kaninchens in den meisten parenchymatösen Organen, so auch in der Niere Strahlenpilzformen des Tuberkuloseerregers beobachten. Während nun Friedrich und Nösske in der Strahlenbildung den Ausdruck eines lebhaften Kampfes zwischen den Geweben und den Bakterien sehen, deuten ihn Schulze und Lubarsch als den Ausdruck „der Überwältigung der Pilze durch die Energie der umgebenden Gewebe“, d. h. also als ein Zeichen des Unterliegens der Keime.

Es ist mir nun auch beim Hunde gelungen, solche Pilzherde nachzuweisen. In einem Schnitte (Vers. III) fand ich in der Rinde einen runden und einen länglichen strahligen Tuberkelpilzherd. Das Centrum war gleichmäfsig gekörnelt, im runden Herd schmutzig blaurot, im langen gelblich gefärbt. Um dieses Centrum waren blaue Strahlen radiär angeordnet. Einzelne derselben zeigten kolbige Enden. In Versuch IV konnte ich in einem Schnitte fünf solcher Herde zur Darstellung bringen, während in einer sehr grofsen An-

zahl von Schnitten trotz genauester Durchsicht keine zu entdecken waren. Das Centrum wird auch hier von einer gekörnten, etwas streifig angeordneten Masse eingenommen. Darum herum legt sich ein mehr minder gut ausgeprägter Kranz von Kolben. In Versuch II fanden sich drei strahlenpilzförmige Herde im Mark, um eine Arterie herum gelagert. Das Centrum bildete ein Knäuel von Fäden, der an der Peripherie sich löst und dabei oft kolbenartige Enden zeigt. Das Ganze ist dunkelblau gefärbt. Ich habe dagegen nie, wie das von anderen Autoren geschildert wird, sehen können, dafs das Centrum solcher Pilzherde aus Bazillen bestände, die alle in gleicher Richtung „wie im Wasser schwimmende Fische“ neben einander liegen.

Ich habe die aktinomycesähnlichen Herde in zwei akuten und einem chronisch verlaufenen Falle vorgefunden. Dies spricht nicht gerade zu Gunsten der Ansicht, dafs wir es in der Strahlenbildung mit einer „Kampfform“ des Tuberkelbacillus zu thun hätten. Warum sind sie dann nicht in allen akuten Fällen aufgetreten? An ein bestimmtes Entwicklungsstadium des Tuberkelkeimes scheinen sie mir auch nicht gebunden zu sein. Habe ich sie doch einmal bereits nach 1 resp. 3 Tagen, ein anderes Mal nach 8 Tagen getroffen, während dieselben im 3. Falle noch 5 Monate nach der Infektion vorhanden waren. Auch die Menge und Virulenz der injizierten Kultur dürften entgegen der Ansicht von Friedrich und Nösske für die Entwicklung der Strahlenpilzformen nicht ausschlaggebend sein. Ich glaube vielmehr, dafs wir es hier mit Formen zu tun haben, die unter ganz besonderen uns nicht näher bekannten modifizierten Verhältnissen sich entwickeln.

Vergleichen wir zum Schlusse die bei meinen Versuchen vorgefundenen histologischen Läsionen der Nieren und die Verteilung der Tuberkelbazillen in denselben mit den Befunden bei menschlicher Miliartuberkulose der Niere, wie sie von Ernst Meyer, Durand-Fardel, Arnold u. a. geschildert werden, so müssen wir eine vollkommene Übereinstimmung der Bilder anerkennen. Die in meinen Experimenten gegebenen Bedingungen dürften daher wohl den Verhältnissen bei der menschlichen Miliartuberkulose der Niere vollkommen entsprechen. Es ist also von Bedeutung, dafs dieselben nach arterieller Zuführung der Keime zu den Nieren entstanden sind. Ist die Niere einmal infiziert, so findet, wie meine Versuche zeigen, stets, doch nicht kontinuierlich eine Ausscheidung der Tuberkelbazillen mit dem Urin statt. Daraus haben wir die prak-

tisch wichtige Folge zu ziehen, bei Verdacht auf Nierentuberkulose den Urin wiederholt auf Tuberkelbazillen zu untersuchen, und zwar möchte ich auch in der Praxis bei negativem mikroskopischen Befund den Tierversuch empfehlen. Die Frage, ob die Tuberkelkeime durch die normale Niere ausgeschieden werden, dürfte zu verneinen sein.

Alphabetisches Litteraturverzeichnis.

1. Albarran, Sur la tuberculose du rein. Comptes rendus de la société de biologie, séance du 23 mai 1891. Ref. in Semaine médicale 1891, pag. 224.

2. Arnold, Beitrag z. Anatomie des miliaren Tuberkels: II. Über Nierentuberculose. Virchows Arch. 1881, Bd. 83, pag. 289.

3. Babes & Levaditti, Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberkulose. Arch. de méd. expérimentales, 1897, T. 9, p. 1041.

4. Baumgarten, Über experimentelle Urogenitaltuberkulose. Arch. f. klin. Chirurgie 1901, Bd. 63, H. 4.

Derselbe, Experimentelle und pathologisch-anatom. Untersuchungen über Tuberkulose. Zeitschr. f. klin. Medizin 1886, Bd. 10, pag. 24.

5. Borrel, Tuberculose expérimentale du rein. Annales de l'Institut Pasteur 1894, T. 8, pag. 62.

6. Bruns, Hayo, Beitrag zur Pleomorphie des Tuberkelbacillus. Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. Bd. 17.

7. Cayla, De la tuberculisation des organes génito-urinaires. Thèse de Paris 1887.

8. Chauffard, c. u. Claude.

9. Claude, Essai sur les lésions du foie et des reins, déterminées par certaines toxines. Thèse de Paris 1897.

10. Coppen Jones, Über die Morphologie und systematische Stellung des Tuberkelpilzes und über die Kolbenbildung bei Aktinomykose und Tuberkulose. Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. 1895, Bd. 17, pag. 70.

Derselbe, Über die Nomenklatur des sog. Tuberkelbacillus. 1896. Bd. 20, pag. 393.

11. Durand-Fardel, Contribution à l'étude de la tuberculose du rein. Thèse de Paris 1886.

12. Du Pasquier, Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. Thèse de Paris 1894.

13. Fischel, Fr., Untersuchungen über die Morphologie u. Biologie des Tuberkuloseerregers. Wien 1891, Ref. in Fortschritte der Medizin 1892, pag. 908.

14. Fournier, L., & Beaufumé, O., Recherche du bacille de Koch dans l'urine. Soc. de biologie, séance du 15 nov 1902. Ref. in Presse médic. 1902, No. 94, pag. 1124.

15. Friedrich, P. L., und Nösske, H., Studien über die Lokalisierung des Tuberkelbacillus bei direkter Einbringung desselben in den arteriellen Kreislauf (l. Ventr.) und über aktinomycesähnl. Wuchsformen der Bazillenherde im Tierkörper. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allgem. Path. 1899, Bd. 26, pag. 470.

16. Hanau, Beitr. zur Lehre von der akuten Miliartuberkulose. Virch. Arch. 1887, Bd. 108, pag. 221; s. Anmerkung pag. 235.

17. Hanson, Recherches expérimentales sur la tuberculose génito-urinaire, surtout sur la tuberculose du rein. Annales génito-urinaires 1903, H. 1.

18. Huber, Über die Ergebnisse der Anwendung des neuen Kochschen Tuberkulins bei Lungentuberkulose. Berlin. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 7 Ref. im Centralbl. f. Bakter. 1898, Bd. 24, pag. 41.

19. Klein, E., Zur Geschichte des Pleomorphismus des Tuberkuloseerregers. Centralbl. f. Bakteriol. 1892, Bd. 12, pag. 905.

Derselbe, Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie der Diphtherie. Centralbl. f. Bakteriol. 1890, Nr. 25, pag. 793/4.

20. Laroche, De la tuberculose primitive du rein. Thèse de Paris 1895/6.

21. Levy, E., Über die Aktinomycesgruppe (Aktinomyceten) und die ihr verwandten Bakterien. Centralbl. f. Bakter. 1899, Bd. 26, Nr. 1.

22. Lubarsch, O., Zur Kenntnis der Strahlenpilze. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. 1899, Bd. 31, pag. 187.

23. Mafucci, A., Sull' azione tossica dei prodotti del bacillo de la tuberculosi. Roma 1892. Ref. in Baumgartens Jahresberichten 1892, Bd. 8, pag. 692.

24. Metschnikoff, Über die phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen. Virch. Arch. Bd. 113, pag. 63.

25. Meyer, Ernst, Über Ausscheidungstuberkulose der Niere. Virchows Arch. 1895, Bd. 141, pag. 414.

26. Petrone, Angelo, c. n. Coppen Jones. Centralbl. f. Bakt., Bd. 20.

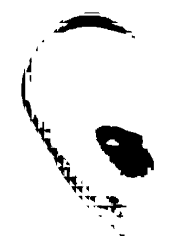
27. Posner, C., Die Infektionswege der Urogenitaltuberkulose. Ztschr. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen 1901, Bd. 2, pag. 139.

28. Ramond & Hulot, Action de la tuberculine vraie sur le rein. Soc. de biologie, séance du 20 oct. 1900. Sem. méd. 1900, pag. 372.

29. Rovsing, c. n. Hansen.

30. Schulze, Otto, Untersuchungen über die Strahlenpilzformen des Tuberkuloseerregers. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. 1899, Bd. 31, pag. 153.

31. Vigneron, De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. Thèse de Paris 1892.



Das retrograde Cystoskop.

Von

Dr. **Felix Schlagintweit,** München-Bad-Brückenau.

Kein Geringerer als Nitze hat in seinem Cystoskop III bereits ein Instrument angegeben, mit welchem man nach der oberen und vorderen Blasenwand und in die Nähe des Orificiums sehen kann. Von dem nach hinten gelegenen Teil der Blase bleibt jedoch ein gutes Drittel diesem Instrumente aus optischen Gründen verschlossen. Man müfste also zu einer kompletten Blasenspiegelung vorher oder nachher noch mit einem gewöhnlichen Cystoskop untersuchen.

Ich glaube nun auf einem anderen Wege unter Beibehaltung der äufseren Form des Cystoskops wesentlich weiter gekommen zu sein.

Mit meinem nach jahrelangen Bemühungen vollendeten und bereits 1901 in diesem Centralblatt S. 254 angekündigten Instrumente ist man im stande, das Orificium internum, die Blasenöffnung samt dem durchtretenden blitzenden Schaft des Cystokops direkt von hinten in der Richtung der Cystoskopachse so zu übersehen, als ob man in der Blase stünde und die Augen nach der Harnröhrenmündung gerichtet hätte. Zugleich wurde bei der Konstruktion erreicht, dafs man mit ein und demselben bereits in die Blase eingeführten Instrument durch eine minimale Verschiebung des optischen Rohres ganz nach Belieben in jedem Augenblick einmal wie mit einem gewöhnlichen Cystoskope nach der Seite und dann wieder retrograd nach der Harnröhrenmündung sehen kann. Für das neue Instrument giebt es keine unsichtbare Stelle der Blase mehr. Stellen, die sonst nur teilweise sichtbar waren, und dann meist nur in starker Verzeichnung, darunter gerade die wichtigsten, wie das Gesamtbild des Orificiums, hypertrophische Prostatawülste und Lappen, die dunklen Tiefen postprostatischer Taschen mit ihren Schlupfwinkeln für Blasensteine, liegen nun offen ohne Verzeichnung mit derselben Klarheit wie die übrigen cystoskopischen Bilder vor unserem Auge.

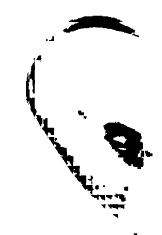
Ich brauche meinem Leserkreise kaum anzudeuten, welche Bedeutung ein so befähigtes Instrument z. B. vor der Bottinischen Operation zur Erkennung der Konfiguration der Wülste, nach der Lithotripsie zur Aufsuchung der in den retroprostatischen Räumen zurückgebliebenen Steintrümmer, zur Stielaufsuchung von Tumoren, zur Diagnose und Lokalisation bei Urethritis post. und Prostatitis hat. Eine Reihe neuer Erkenntnisse, die mit dem neuen Instrumente gewonnen wurden, behalte ich einer späteren Publikation vor.

Konstruktion und Handhabung des retrograden Cystoskops sind höchst einfach.

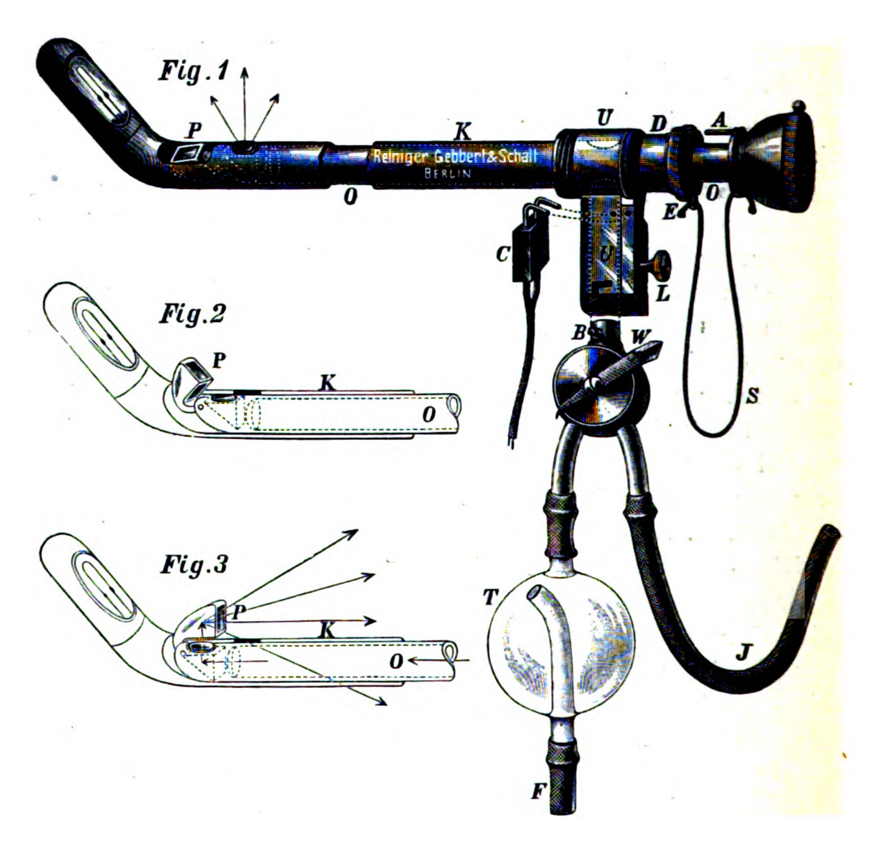
Der Grundtyp meiner Kathetercystoskope (der nunmehr auch auf das neue Ureteren- und Operationscystokop von Reiniger, Gebbert und Schall übertragen wurde) ist auch für das retrograde Cystoskop gewählt worden. Ich enthalte mich jeder nochmaligen Betonung des nun seit Jahren vor und von so vielen Kollegen erprobten Prinzips meiner Instrumente und bemerke nur, dafs wir das Zubehör noch weiter vereinfacht haben und dafs in meinen Anstalten seit langem aufser dem Kindercystoskop wegen seines hie und da nötigen geringeren Kalibers keine anderen Cystoskope mehr gebraucht werden. (Vergl. die Publikationen: Dieses Centralblatt 1901, S. 79, — meine Monographie „Prostatahypertrophie und Bottinische Operation" [G. Thieme, Leipzig] S. 16.)

Das retrograde Sehen wird dadurch erzeugt, dafs beim Vorschieben des optischen Rohres (O) im Katheterrohr (K) ein an der Spitze des optischen Rohres angelenkter Prismenspiegel (P) nach vorn klappt (Fig. 2) und den Strahlengang nochmals rechtwinklig nach vorne bricht, so dafs man auf dem Schafte entlang sieht (Fig. 3). Zieht man das optische Rohr wieder um 5 mm, was durch Anschlag (A) markiert ist, zurück, so sieht man wie sonst, da der Klappspiegel wieder zurückfällt (Fig. 1).

Oberflächlich betrachtet schien also nichts weiter nötig gewesen zu sein, als ein zweites Prisma auf das erste zu stellen. Dies scheitert aber an den optischen Eigenheiten des cystoskopischen Objektivs. Der Bildwinkel desselben ist nämlich so grofs, dafs der zweite Prismenspiegel sehr viel gröfser als der erste sein müfste, um das ganze Bild zu fassen. Er müfste so grofs sein, dafs er nicht mehr durch die Harnröhre eingeführt werden könnte. Ich



habe deshalb eine Umstellung der Linsen unter Beibehaltung ihrer Entfernung vorgenommen, nämlich die Hauptfrontlinse an die Seite, das erste Prisma dahinter gestellt, die zweite Linse an der alten Stelle belassen. Hiermit löste ich auch die 2. Forderung, dafs dasselbe eingeführte Instrument beliebig als gewöhnliches Cystoskop oder als retrogrades wirkt. (Es giebt übrigens bei Verwendung des Klappprismas noch mehrere Lösungen, namentlich eine solche mit



2 Frontlinsen. Der Fabrikant wählte die vorliegende als am einfachsten ausführbar.)

Hier kurz die bequeme Handhabung, die schneller ausgeführt als beschrieben ist:

1. Optischer Teil (O), an dem das Spannschnürchen (S) belassen wird, und Katheterteil (K) sollen getrennt aufbewahrt werden, damit die Dichtung in D ihre Elastizität beibehält. Vor Gebrauch steckt man die Teile bis zum ersten Anschlag für das gewöhnliche

Sehen ineinander, hängt das Spannschnürchen (S) in die Kerbe (E) des Katheterteils ein und führt das nunmehr wie jedes andere Cystoskop glatte Instrument ohne jede Vorbereitung in die Blase ein.

2. Man steckt den Wechselhahn (W), der den Handgriff des Instrumentes bildet und mit dem seitlichen Ablauf (U) um die Achse des Instruments drehbar ist, an diesen Ablauf (Bajonnettverschlufs).

3. Die Optik wird zurückgezogen, bis sich das Schnürchen (S) spannt. Sofort stürzt nun der Blaseninhalt durch den einen Kanal des Wechselhahns in die kleine Testglaskugel (T) (Ersatz des früheren Syphons), zeigt hier seine etwaige Trübung und läuft dann in einen am Boden stehenden Eimer ab. Je länger dieser Ablaufsschlauch (F), desto rapider und reifsender die Spülung.

4. Man stellt nun den Wechselhahn, dessen anderer Tubus (1) mit einem (Oxycyanat 1:5000 haltenden) Irrigator in Verbindung steht, auf Irrigator, wodurch die Blase sich füllt, dann wieder auf Ablauf, bis der zuletzt im Testglas erscheinende Urin klar ist. Man füllt dann nochmals. Die ganze Klärung geschieht also mit rapider Schnelligkeit oder zartester Subtilität, durch Hin- und Herdrehen des Wechselhahns. Am schönsten geht dies, wenn man die Blase nie ganz füllt und nie ganz entleert, so dafs der Patient gar nichts davon empfindet.

5. a) Man schiebt die Optik wieder vor, und zwar zum gewöhnlichen Sehen bis zum ersten Anschlag, bei dem das Klappprisma noch nicht hereinklappt. (Fig. 1.)

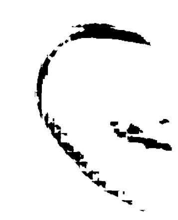
b) Will man retrograd sehen, so schiebt man die Optik ganz ein, wodurch sich das Klappprisma vorlegt. (Fig. 3).

6. Man steckt den Lichtkontakt (C), welcher ohne Ruck und Federung gleitet, an und schliefst den Lichtschlüssel (L).

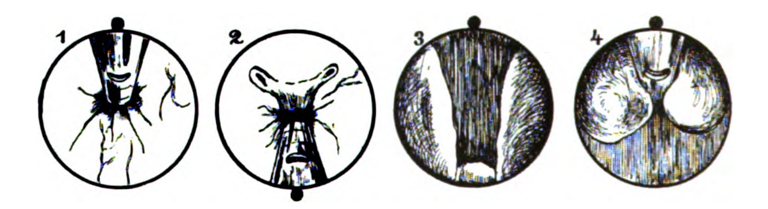
7. Will man das Instrument herausnehmen, so stellt man die Optik wieder auf gewöhnliches Sehen, damit das Klappprisma nicht vorsteht.

8. Beseitigung von Trübungen, Blutungen, Harndrang, Abwaschung der durch Eiter, Blut, Gewebsfetzen belegten Lampe oder des Prismas mitten in der Untersuchung sind jeden Augenblick durch Wiederholung von 3. und 4. möglich.

Da man durch Hin- und Herschieben der Optik in schnellem Wechsel denselben Vorsprung, Tumor oder sonst eine auffällige Stelle der Blase einmal von der Seite, dann aber von hinten betrachten kann, so steigert das Instrument das Orientierungs- und



Gröſsenschätzungsvermögen des Untersuchers in ganz überraschendem Maſse. Besonders hilft dabei der beim Drehen des Instrumentes immer sichtbar am Rande des retrograden Bildes mitwandernde Schaft, der, soweit er in die Blase ragt, mit Centimeterteilung versehen ist. Diese sieht man ebenfalls direkt im retrograden Bilde mit und kann so z. B. die Höhen von prostatischen Wülsten mit dem Auge messen. — Um einigermaſsen zu zeigen, was das neue Instrument leistet, gebe ich von vielen nach der Natur aufgenommenen Skizzen folgende 4. Der schwarze Punkt an der Peripherie giebt bei allen Bildern die Richtung des Schnabels resp. des Klappprismas an. Bild 1 zeigt das gewöhnliche normale, feingefältelte Orificium mit dem durchtretenden Schaft, auf welchem man gegen den Bildrand, dem Prisma zunächst, das kleine Loch für die nichtretrograde Optikstellung und dann in feinen Querlinien (oder Löchern) die Centimeterteilung sieht. Wenn der Patient den



Schlieſsmuskel kontrahiert, so sieht man, wie sich das Orificium irisartig um den Schaft zusammenzieht. In Bild 2 ist der Schnabel nach unten gekehrt. Man sieht die beiden Ureteren zugleich und das in diesem Falle (Urethritis posterior) stark gerötete und geschwellte Trigonum mit seiner Spitze in das Orificium verlaufen. Bild 3 und 4 stellen dasselbe dar, sind dicht nacheinander gezeichnet und zwar mit demselben Instrument gesehen, 3 mit gewöhnlicher Optikstellung, 4 retrograd. Bild 3 giebt die wohlbekannte häufige Erscheinung bei Prostatahypertrophie. Man sieht zwei mächtige seitliche Wülste, die man wie sonst als Seitenlappen anspricht. Die retrograde Betrachtung zeigt aber, daſs es nur die das Instrument fast ganz umschlieſsenden, künstlich durch Eindrücken erzeugten oder infolge natürlicher Kerbung so erscheinenden Wülste eines vom Schaft nach hinten geklappten Mittellappens sind.

Das Instrument wird hergestellt von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall, Berlin, Friedrichstr. 131. Seine Ausführung ist musterhaft. Die Helligkeit des retrograden Bildes ist

um eine Nuance geringer, da ja das 2. Prisma etwas Licht absorbieren mufs. Das Kaliber ist das gleiche wie bei meinen früheren mittleren Instrumenten, 22—24 Charr. Ich halte das retrograde Cystoskop einer universalen Anwendung fähig und glaube, dafs es zur Erkenntnis der Erkrankungen des Orificiums der Blase unentbehrlich ist. Auch wird sich die retrograde Optik an Operationscystoskopen für das Orificium verwenden lassen. Seitdem wir das Instrument in so vollendeter Ausführung besitzen, haben wir alle Cystoskopien, die uns vorkamen, damit gemacht und sind sehr zufrieden mit seiner doppelten Leistungsfähigkeit.



(Aus der urologischen Abteilung der allg. Poliklinik zu Budapest. Vorstand: Dozent Dr. Hugo Feleki.)

Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenerkrankungen.

Von

Dr. **Eugen Remete**, Assistenten der Abteilung.

Die grofsen Fortschritte, welche die Pathologie der Harnröhre, seit der Inauguration der Endoskopie, vornehmlich durch die Arbeiten Oberländers und seiner Schüler erfahren hat, hat mit der besseren Erkenntnis des Prozesses auch zu einem zielbewufsteren Handeln in der Therapie geführt, wie dies wesentlich in der Behandlung der chronischen Gonorrhoe zum Ausdrucke gekommen ist. —

Die Infiltrationen, welche im chronischen Stadium dieses Prozesses mehr herdweise auftreten, oder nur einzelne Partien der Harnröhre ergreifen, indem sie sich mit Vorliebe in der Umgebung der Drüsen und Lakunen lokalisieren — erfahren sodann im weiteren Umwandlungsprozesse ein verschiedenes Los. Entweder dieselben bilden sich mit Hinterlassung von organisierten Bindegewebe zurück und dies ist die „Heilung“, oder aber sie führen, falls nicht behandelt, mit binde-geweber Kallositätenbildung zur „Striktur“ der Harnröhre.

Die Therapie der chronischen Gonorrhoe hat es wohl schon vor der Ära der Urethroskopie angestrebt, die damals nur ‚angenommenen‘ Infiltrationen zur vollkommenen Aufsaugung zu bringen und ist es ein Verdienst Ultzmanns, ein entsprechendes Verfahren zur Methode erhoben zu haben. — Es ist dies das Verfahren der Sondierung mittelst schwerer metallischer Sonden, welches sodann seine vielfachen Abänderungen teils durch die Variationen der Form der Sonden, teils durch die Methode der Dilatation durch mehr weniger komplizierte Instrumente, die sogenannten „Dilatatoren“ erfahren hat.

Die Behandlung der „Striktur“ der Harnröhre, gonorrhoischer wie nichtgonorrhoischer Natur, dürfte schon in den ältesten Zeiten therapeutischen Handelns eine mit der heutigen

Therapie in der Tendenz gleiche gewesen sein — nämlich plötzlich oder allmälig die Verengerung zu beseitigen.

Für die weitaus gröfste Mehrzahl der Fälle hat sich gerade in unseren Tagen das Verfahren der graduellen Erweiterung die meisten Anhänger erworben und beinahe so viele Streiter für diese letztere Art erwachsen sind, ebensoviele Instrumente haben unseren Instrumentenschatz bereichert — ein Beweis, wie aufserordentlich schwierig und vielseitig sich die Lokalbehandlung der Striktur gestalten kann.

Sowohl für das Dilatationsverfahren chronischer Infiltrationen der Harnröhre und Übergangsformen zu Strikturen, als auch für die Striktur der Harnröhre im engeren Sinne, habe ich je ein Instrument zu konstruieren mich veranlafst gesehen, da ich bei allem Aufgebot moderner Ausrüstung die Wahrnehmung machen mufste, dafs ich mit der Wahl des einen Instrumentes mich sehr häufig eines Vorteils begeben mufste, den das andere Instrument bietet und vice versa.

A. Dilatatorium der Harnröhre.

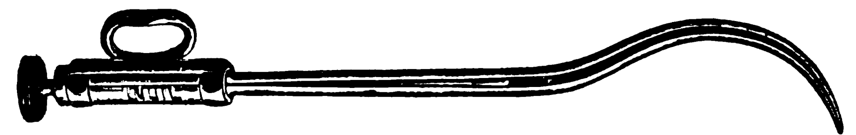
Bekanntlich haben die Dilatatoren in der Anwendung bei chronischen Harnröhrenerkrankungen den Zweck, vermöge des ausgeübten Druckes einesteils die Infiltrationsprodukte mechanisch in das Lymphgefäfssystem zu drängen, anderenteils durch die Dehnung und nachträgliche rasche Freigabe dieses Zustandes in dem dilatierten Gewebe Zirkulationsänderungen (Hyperämie) hervorzurufen, welche erfahrungsgemäfs derartige Zustände sehr vorteilhaft beeinflufsen. — Überdies soll die Dilatation aus den Morgagnischen Krypten wie aus den Littréschen Drüsen die dort aufgespeicherten Sekrete zur Entleerung bringen.

Dieses Prinzip, welchem die metallische Sonde Ultzmanns in allem entspricht, dem Dilatator gegenüber jedoch den natürlichen Nachteil hat, dafs ihre Wirkung ohne Austausch und Neueinführung in die Urethra nicht gesteigert werden kann, fand ich jedoch in unseren Dilatationsinstrumenten nicht niedergelegt, denn es fehlt ihnen das wichtigste Kriterium, nämlich, dafs sie in erster Linie ‚Sonden‘ seien. — Diese Instrumente sind sämtlich aus mehr weniger biegsamen Spangen zusammengesetzt und geben auch bei Multiplizität der Spangen weder den Umfang noch das Gewicht einer entsprechenden Metallsonde, sind überdies mechanisch komplizierter, also gebrechlicher und last not least schwer zu sterilisieren.





Es mufste somit meine erste Aufgabe sein, das Prinzip der Metallsonde Ultzmanns resp. Beniqués festzuhalten und ein thunlichst unkompliziertes Instrument zu konstruieren.



Figur 1. Dilatorium im geschlossenen Zustande.

Mein Instrument besteht (wie Figur 1 und 2 zeigen): aus zwei symmetrischen Halbsonden, die etwa in der Mitte ihrer flachen, einander zugekehrten Seiten, je eine Mulde führen, die zur Aufnahme eines Konus bestimmt ist, der mittelst Schraubenwirkung mit immer gröfser werdenden Durchmesser aus der Mulde in die seichte Rinne der Halbsonden austritt und auf diese Weise die beiden Branchen des Dilatators auseinanderdrängt. Die beiden Halbsonden sind am vesikalen Ende durch einen Stift miteinander verbindbar, ihre distalen Enden, sowie der ausführende Draht des Konus werden durch den Schlüssel zu einem Ganzen

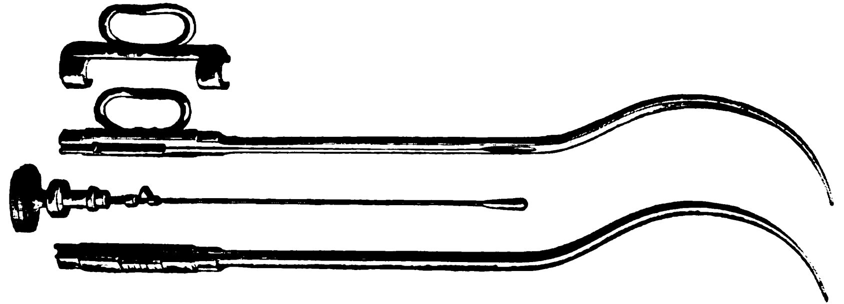


Fig. 2. Dilatorium in zerlegtem Zustande.

zusammengehalten. Distalwärts, auf dem Rücken der oberen Halbsonde befindet sich auch die Skala, an welcher die jeweilige Stärke der Dilatationssonde abzulesen ist, indem ein Zeiger, der vom Verbindungsdrahte des Konus ausgeht, sich auf dieser Skala, je nach der Wirkung der Schraube, distal oder vesikal verschiebt. — Zum Festhalten des Instrumentes sind unten zwei starke längliche Ringe angebracht, der eine von der unteren Halbsonde, der andere von dem Sperrschlüssel ausgehend, die beim montierten Instrument nebeneinander zu liegen kommen und einen festen Griff abgeben.

Der Dilatator hat annähernd die Beniquésche Krümmung und das Gewicht einer Metallsonde; im ungeöffneten Zustande ist er cylindrisch, bei Erweiterung erfährt stets nur der vertikale Durchmesser eine zunehmende Vergröfserung, sodafs die jeweilige Stärke stets schon durch das Hinzuzählen des Vergröfserungsquotienten des vertikalen Durchmessers zur Ausgangsstärke bestimmbar ist.

Ist z. B. der Ausgangsdurchmesser 7 mm, so wäre die entsprechende Peripherie $7 \times \pi =$

$$\frac{3.14 \times 7}{21.98} \quad \text{sagen wir } 22.$$

Das Aufsteigen geschieht lediglich durch Hinzuzählen des doppelten Erweiterungsquotienten zu der entsprechenden Grundzahl (d. i. Peripherie), indem die Grundzahl jedesmal aus der Formel des horizontalen Durchmessers $\times \pi$ $(2\,r\,\pi)$ zu erheben ist.

Jede Nummer dieses Instrumentes kann eine Sondenreihe von 4—5 Nummern (Charrière) ersetzen, sodafs ein Dreiersatz dieses Dilatators einem entsprechenden Satz Sonden gleichkommt (cirka 18—29 Charrière). Die Einführung geschieht ebenso wie die einer einfachen Sonde, die Schraubenwirkung ist, um Traumen vorzubeugen, eine sehr langsam zunehmende (feine Schraubengänge), sodafs dasjenige Instrument, welches die normale Harnröhre passiert, nicht geeignet ist, eine etwaige Sprengung in der Harnröhre zu erzeugen, was das Instrument auch in der Hand des Anfängers zu einem ganz ungefährlichen macht, ein Moment, das den sonst in Verwendung stehenden Dilatatoren gegenüber hervorgehoben zu werden verdient.

Es wird ohne Kautschuküberzug eingeführt und ist durch Auskochen zu sterilisieren. Um etwaiges Einzwicken von Schleimhaut bei Rückkehr in die Sperrlage zu verhüten, sowie auch, um bei der Dilatation von weichen Infiltraten, dem exprimierten Sekrete Abflufs zu verschaffen, sind die Kanten der einander zugekehrten Halbsonden abgestumpft und geben in ihrer Zusammenstellung jederseits eine seichte Rinne, welche zum Abfliefsen des exprimierten Sekretes geeignet ist.

Es lassen sich daher die Vorzüge dieses Instrumentes folgendermafsen zusammenfassen:

1. Sondenprinzip,
2. Einführung ohne Überzug,



3. Ausschliefsung von Traumen,
4. Sterilisierbarkeit durch Kochen,
5. Billigkeit und Haltbarkeit.

B) Gleitsonde für die schwer durchgängigen Strikturen der Harnröhre.

Für die sehr engen, schwer durchgängigen Strikturen der Harnröhre hat es seit dem Aufgeben jener brüsken Verfahren, die „um jeden Preis das Hindernis zu überwinden“ trachteten (Divulsion) auch für die graduellen Erweiterungen der Striktur an zahlreichen Methoden des Verfahrens und ebenso vielen Arten von Instrumenten, die diesem Zwecke dienen sollten, nicht gefehlt.

In der Idee das Treffendste scheint jedoch Maisonneuve mit seiner „Sonde par glissement“ angegeben zu haben, indem er über eine feine Leitungssonde ein katheterartiges Metallinstrument gleiten liefs, eine Idee, welche, wie es scheint, zu ungunsten dieses Verfahrens später vielfache Umgestaltungen erfahren hat, wie z. B. die Überbrückung nach Gouley und Teevan etc. Lefort hat die Methode Maisonneuves derart modifiziert, dafs er erstens (Dank der modernen Filiformfabrikation) mit feineren glatten Leitungsfäden — aus Seide gearbeitet — die Striktur entrierte und als zweiten Akt, vermöge der Schraube, welche an dem distalen Ende der Filiform zur Anschraubung an die sehr konisch gearbeitete Metallsonde angebracht war, diese beiden Teile miteinander in fixe Verbindung brachte und sodann das Instrument langsam vorschob, indem die weiche Filiform in der Blase eingerollt liegen blieb. Dieses Verfahren hat bis heute seine glänzendsten Erfolge gefeiert und thatsächlich in der grofsen Mehrzahl der Fälle stets zum Ziele geführt. Allein auch dieser Methode haftet der Nachteil an, dafs zuweilen schon gelegentlich der mechanischen Einklemmung der weichen Filiform in der metallischen Kapsel, an dessen distalen Ende der Schraubengang ist, leichterdings das Gewebe der Filiform eingeschnitten wurde, sodafs die Filiform abgebrochen, entweder in der Harnröhre Verletzungen setzte, oder aber in der Blase zurückblieb. Schreiber dieser Zeilen ist dies Mifsgeschick wohl nicht passiert, doch hat es sich des öfteren ereignet und ist niemand vor diesem Ereignis gefeit. — Aber auch das Aufrollen der Filiform in der Blase, wozu eine gröfsere Flüssigkeitsmenge in der Blase vorhanden sein mufs, geschieht nicht immer in wünschenswerter Weise, sondern knickt

gar oft die Bougie scharf um, und kann auf diese Weise in der krankhaft veränderten und geschwellten Blasenschleimhaut Verletzungen erzeugen.

Ich habe daher das Maisonneuvesche wie auch das Lefortsche Prinzip vor Augen haltend, eine Gleitsonde konstruiert, die über eine längere Leitfiliform (65 cm lang), welche durch die Striktur bis zur Blase vorgeschoben ist, derart hinübergeführt wird, dafs die sehr konische Sonde (Figur 3), die eine knappe, jedoch für die Filiform leicht passierbare Bohrung besitzt, stets in strenger Berührung bleibt mit der in ihr befindlichen Bougie, bis die Metallsonde in die Blase gelangt ist, worauf dann die Filiform durch die Sonde hindurch herausgeführt und das distale Ende der Sonde verschlossen wird, falls man nicht die Absicht hat, das Instrument auch als Katheter zu verwenden.

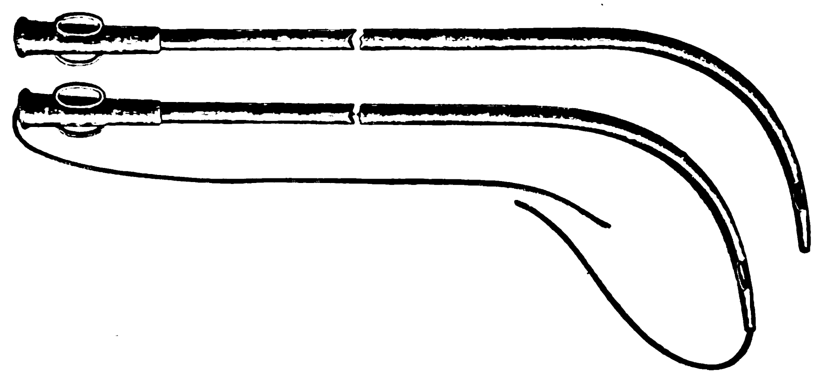


Fig. 3. Gleitsonde.

Maisonneuves Instrument war zu primitiv, denn erstens verfügte der ausgezeichnete Chirurg noch nicht über die guten Filiformbougies, die uns heute zu Gebote stehen und dann hatte sein Metallinstrument die Form eines vorn offenen Katheters, es war also der Hohlraum ein so weiter im Verhältnisse zu der Stärke der von ihm als Leitsonde angewendeten Darmseite (die überdies nicht die genügende Glätte hatte), dafs der Metallkatheter von der Richtung der Leitsonde zu leicht ablenken konnte und zu dem sogenannten „Refoulement“ führte. — Diesem letzteren Übelstande glaubte Lefort durch die Herstellung der Kontinuität zwischen Filiform und Metallinstrument vorzubeugen, doch mufsten wir mit seinem Instrumente die immerhin bedenk-

liche Schraube und das Liegenlassen der Filiform in der Blase in den Kauf nehmen.

Ich suchte daher die Vorteile der Maisonneuveschen und Lefortschen Instrumente in einem zu vereinen, indem ich Schraube und das Liegenbleiben von Filiform eliminierte und trachtete die fixere Verbindung von Bougie und Metallsonde derart zu ersetzen, daſs ich die Filiform in der Metallsonde, die für diese knapp durchgängig ist, in festerem Kontakte erhalte, sodaſs sich die Filiform mit dem vesikalen Ende der Sonde gleichsam metallisch fortsetzt. — Sobald aber die Sonde die Striktur passiert hat und ihre nun überflüssig gewordene Leitungsbougie entbehrlich geworden ist, wird diese, wie oben angedeutet, auch sofort durch die Sonde zurückgeführt und entfernt.

Es wären somit die Vorteile der von mir modifizierten Gleitsonde folgende:

1. Eliminierung der Filiform aus der Blase,
2. Keine Zerbrechlichkeit der Bougie wegen Fehlens der Schraube.
3. Wegen absoluter Glätte beider Teile des Instrumentes leichte Sterilisierbarkeit durch Kochen.
4. Billigkeit und Haltbarkeit.

Sowohl das Dilatatorium als auch die Gleitsonde sind an einer groſsen Anzahl klinischer und privater Kranken zur Anwendung gekommen und haben sich beide Instrumente nach jeder Richtung bewährt —, besonders letztere in solchen Fällen zu Erfolgen geführt, wo uns die bisherigen Hilfsmittel zur Entrierung schwer durchgängiger Strikturen im Stiche gelassen hatten. —

Das Instrument wird von der Budapester Firma Garay & Co. erzeugt.

Indikationen für die Massage der Prostata.

Von

Dr. **A. Guépin,**

Chef der Abteilung für die Krankheiten der Harnorgane am Hospital Péan (Paris).

(Mitteilung in der Akademie der Medizin 6. Jan. 1903).

Ins Deutsche übertragen von Dr. Dreysel-Leipzig.

Bekanntlich versteht man unter „Massage der Prostata" nicht die bloſse Übertragung der gewöhnlichen mechano-therapeutischen Maſsnahmen der freien Körperregionen auf die Prostata, sondern eine kleine besondere Operation, die ich vor neun Jahren mit dem Namen „digitale Kompression" bezeichnet habe, und die in der durch Fingerdruck bewirkten Entleerung des in den pathologisch erweiterten Gängen der Prostata und in den Samenblasen stagnierenden Sekretes besteht. Die Massage bekämpft ferner die glanduläre Stagnation und deren Folgen, bewirkt also eine Abnahme der Schwellung der Prostata und damit eine Beseitigung der durch die Prostatavergröſserung verursachten Urinbeschwerden. Durch Befreiung der Drüsen von ihrem anormalen Inhalte führt sie zu einer Heilung der hier lokalisierten Infektion, die allen anderen therapeutischen Maſsnahmen widersteht, reguliert die Blutzirkulation in der Prostata, bekämpft also die glanduläre Kongestion, die bei den verschiedenen Affektionen der Urogenitalorgane immer vorhanden ist.

Die digtale Kompression (oder rationelle Massage) konnte, nachdem sie entdeckt, richtig aufgefaſst und nutzbar gemacht worden war, auf die Verbreitung, wie sie die allgemeine Massage hat, nicht rechnen. Sie war lange bevor die schwedischen Masseure und Urologen, die bei ihrer Anwendung von einer ganz falschen Analogie zwischen Prostata und Uterus ausgingen (Thure-Brandt, Ebermann, Schlifke, Félecki etc.) sich ihrer bedienten, bekannt und geübt in Frankreich, vor allem von meinem

Lehrer E. Reliquet. Bei zahlreichen Beobachtungen in den Jahren 1880—1885 und seit unserer gemeinsamen Studie über die Drüsen der Harnröhre (1894—1895), haben wir beide auf alle Einzelheiten der Technik, der Indikationen, auf die Resultate dieser nahezu uns allein bekannten Methode hingewiesen, die unbekannt war trotz wiederholter Publikationen und trotz einer Mitteilung in der Akademie der Medizin vom Jahre 1897, die von verschiedenen Seiten, auch vom Auslande, aufgenommen worden war.

Es ist selbstverständlich, dass eine Drüse, vor allem eine infizierte, übermäfsig secernierende Drüse, die mit stagnierendem Sekret angefüllt ist, anders massiert werden mufs, wie ein gebrochenes Glied. Der Massage der Empiriker hatten wir von Anfang an die wissenschaftliche Massage gegenübergestellt, also eine Massage, die mit der Anatomie, der normalen und pathologischen Physiologie der Drüse rechnete, die ihre Indikationen und Kontraindikationen hatte, deren Technik eine einfache, aber doch durchaus exakte war, eine Massage endlich, deren klinische Resultate, kontrolliert durch die mikroskopische Untersuchung des Drüsensekretes und durch die direkte digitale Untersuchung, für einen jeden unparteiischen Beobachter von wirklichem Werte sein mufsten. Trotz alledem ist es auch heute noch nötig, nochmals auf die Frage und vor allem auf die Indikationen der Massage zurückzukommen.

Im allgemeinen ist eine digitale Expression immer dann indiziert, wenn infektiöse oder stagnierende Sekrete in den Drüsengängen der Prostata und Samenblasen vorhanden sind, die spontan nicht oder nur in unvollständiger Weise entleert werden. Unumgänglich nötig ist es aber, genau festzustellen, wann unter solchen pathologischen Zuständen die Massage einzugreifen hat.

1. Bei Hypersekretion mit Stagnation ohne manifeste Infektion müssen die Drüsen entleert werden, um ein Festsetzen des Sekretes im Lumen derselben, eine Umwandlung dieser Lumina in halboffene Gefäfse, die zu einer Verstärkung der Virulenz und zu einem Wuchern der Mikroben führen, zu verhüten.

Bei den akuten, lokalisierten oder generalisierten Prostatitiden, die mit einemmal die gesamte Drüse befallen, oder die in einzelnen Schüben auftreten, verhindert die Massage der Prostata und Samenblasen ein Weiterumsichgreifen der Eiterung, kürzt den Verlauf ab und führt zur vollständigen Heilung; sie

verhindert, dafs Reste der Entzündung, die gewöhnlich übersehen werden, und die den Anfang einer chronischen Prostatitis bilden, zurückbleiben.

Bei der subakuten Prostatitis bestehen die gleichen Indikationen. Bei der chronischen Prostatitis, wo Veränderungen der feineren Struktur der Drüsen (Prostata und Samenblasen) vorhanden sind, und aufserdem noch funktionelle Störungen der Sekretion und Exkretion bestehen, stellt die digitale Expression ein wichtiges palliatives Hilfsmittel dar; sie vermindert die Intensität der Entzündung und verhindert das Fortschreiten derselben. Den gleichen Erfolg hat die Massage auch bei der Tuberkulose der Prostata und bei der senilen Prostatitis am Ende des zweiten klinischen Entwicklungsstadiums.

Bei den einfachen Prostatitiden mit und ohne Gonokokken, bei der tuberkulösen Prostatitis, bei der senilen Prostatitis bis zu Beginn des zweiten Stadiums hat die Massage aber vielfach eine direkt heilende Wirkung, sobald die Drüsenwandungen wenig oder nicht affiziert sind. Ich gehe hierauf nicht näher ein, da ich bei Besprechung dieser einzelnen Affektionen die Indikationen und die Wirksamkeit der Massage schon sehr oft erörtert habe.

2. Eine Massage ist nur indiziert, wenn der mit Vorsicht die Prostata und Samenblasen untersuchende Finger unter der Schleimhaut des Rectums das Vorhandensein dilatierter Drüsen konstatieren kann, die den Eindruck kleiner Cysten erwecken, die über der Oberfläche hervorragen oder als harte Körnchen in dem Gewebe eingebettet sind; Hervorragungen, die beim leichten Druck des Fingers verschwinden, wie eine Tasche, die sich entleert, während der Inhalt sich in die Harnröhre ergiefst. An Stelle der Hervorragung bildet sich nach der Expression eine durch regelmäfsige und derbe Ränder begrenzte Vertiefung, ähnlich der, die bei Druck des Fingers auf ein Stück weiches Wachs entsteht.

Bei allen sorgfältig untersuchten Fällen von Prostatitis sind in einem bestimmten Entwicklungsstadium diese erweiterten Drüsen vorhanden, die sich leicht in die Harnröhre entleeren lassen und deren Inhalt sofort nach der Expression untersucht werden mufs. Zweifellos ist, was leicht zu beweisen wäre, aufserhalb dieser Periode die Massage kontraindiziert, da sie unnötig und sehr oft gefährlich ist. Für die digitale Expression der

Prostata genügt, obwohl das vielfach behauptet worden ist, nicht einzig und allein die Erfahrung in der allgemeinen Massage; dazu sind besondere Kenntnisse unbedingt nötig, ganz abgesehen von der Geschicklichkeit, die nur durch Übung erlangt werden kann.

Die Massage der Prostata und Samenblasen ist, kurz gesagt, ein immerhin nicht unbedenklicher Eingriff mit ganz bestimmten Indikationen, die vorher genau gestellt werden müssen; andernfalls können leicht Mifserfolge oder noch Schlimmeres die Folge sein, welche dann der Unbedachtsamkeit des Arztes zuzuschreiben wären.

Litteraturbericht.

I. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Beiträge zur Kenntnis der Quantität und des spezifischen Gewichtes des Harnes. Von E. Fröhlich. (Pest. med.-chir. Presse 1902, S. 1129.)

F. fand die auf 1 Stunde und auf 1 m^2 der mit der Mechschen Formel berechneten Körperfläche bezogene Harnmenge bei Männern zwischen 15,52 und 40,20 ccm, also durchschnittlich 28,71 ccm; bei Frauen zwischen 13,18 und 26,75 ccm, also durchschnittlich 22,25 ccm; bei 4 Knaben von $2^1/_2$—9 Jahre alt zwischen 15,62 und 35,24, bei einem Mädchen 24,97 ccm. Nach der mit der Bouchardschen Formel berechneten Körperfläche betrugen die Harnmengen pro 1 Stunde und 1 m^2 Körperfläche bei Männern im Durchschnitt 32,11 ccm, bei Frauen 16,29, bei den Knaben 15,87 bis 38,05 und bei den Mädchen 30,25 ccm. Es entfiel also bei den Männern auf den Einheitswert der Körperfläche eine gröfsere Harnmenge als bei Frauen. Bei den Kindern war das Maximum der Harnausscheidung zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre.

Das spezifische Gewicht des Harns Erwachsener betrug nach F.s Untersuchungen bei Männern durchschnittlich 1,020, bei Frauen 1,022, für das Mädchen 1,022, während es für Knaben mit den von Camerer gegebenen Daten stimmte; doch wurden Maximalwerte von über 1,025 gefunden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Notes on urinary chemistry. Von Smith. (The Practitioner Febr. 1903.)

Im ersten Teile dieser Arbeit bespricht S. im Anschlufs an die Schilderung eines von ihm beobachteten Falles (23jähriges sonst gesundes Mädchen mit geringgradigen Magenbeschwerden) das Vorkommen des Leucins im Harn. Im zweiten Teil bespricht er eine Reaktion, welche das Formaldehyd mit dem Harnstoff giebt: es bildet sich nämlich ein weifser Niederschlag, welcher in Wasser und Alkohol unlöslich, gegen Säuren und Alkalien ziemlich resistent ist und mikroskopisch aus scheibenförmigen Körpern besteht, welche etwa die doppelte Gröfse eines roten Blutkörperchens haben. Die Kenntnis dieser Reaktion ist darum von Wichtigkeit, da diese scheibenförmigen Körper mit Leucin verwechselt werden könnten.

von Hofmann-Wien.



Der Urin des menschlichen Foetus. Von Th. Panzer. (Zeitschr. f. Heilkunde 1902, Febr.)

P. untersuchte den Urin eines neugeborenen Kindes mit Atresie der Blase und des Rektum, Fehlen der rechten Niere, des rechten Ureters und der Harnröhre. Zwischen Blase und Dickdarm bestand eine feine Kommunikation. Der Urin war von gelber Farbe, neutraler Reaktion; er hatte ein spezifisches Gewicht von 1018. Im Sediment fanden sich Epithelien, Eiterkörperchen und Kristalle von Calciumcarbonat. Von Eiweifs fanden sich Spuren. Zucker, Aceton und Indikan waren nicht vorhanden. Im gesamten Urin fanden sich nach der Kjeldahlschen Methode 0,36 g Harnstoff und nach der Salkowskischen Methode 0,21 g Harnsäure. Creatinin fehlte völlig, Allantoin fand sich dagegen reichlich vor.
Dreysel-Leipzig.

Atrabilin in der Urologie. Von Dr. Sigmund Goldschmidt in Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 41.)

Atrabilin, ein Nebennierenextrakt, (von Apotheker Leschnitzer-Breslau) wurde von dem Verf. mit Erfolg bei urologischen Eingriffen benutzt, bei denen erfahrungsgemäfs Blutungen eintreten, so bei Bougierungen, die meist Einrisse bei engem Orificium hervorrufen, bei Meatotomien, bei Intraurethrotomien. (Ref. versuchte ein anderes Nebennierenextrakt in der Verdünnung von 1:10,000 zu Spülung bei Blasenblutungen, mufste aber von weiteren Versuchen wegen starker Reizbarkeit wieder Abstand nehmen.)
Ludwig Manasse-Berlin.

On a brown pigment in the urine. Von Thiele. (Transact. of the path. soc. of London. July 1902.)

Th. hat bei 4 an verschiedenen Erkrankungen leidenden Patienten ein braunes, mit keinem der bisher beschriebenen übereinstimmendes Pigment nachweisen können. Dasselbe wird durch Ammoniumsulfat, Kalkmilch und Bleiessig gefällt. Es stimmt in mancher Hinsicht mit dem Urobilin überein, doch zeigt es kein spektroskopisches Band und keine Fluorescenz bei Zusatz von Ammoniak und Chlorzink.
von Hofmann-Wien.

An undescribed purple pigment in urine. Von Schölberg. (Transact. of the path. soc. of London. July 1902.)

Bei einem an peripherer Neuritis leidenden 28jährigen Mann fand sich im sonst normalen Urin ein rotes Pigment, welches bei Fieber zunahm. Dasselbe war in den gewöhnlichen Lösungsmitteln schwer löslich, weshalb es nicht möglich war, es in genügender Menge vollkommen rein darzustellen. Spektroskopisch zeigte sich bei leichter Erhitzung ein Streifen zwischen blau und grün. Bemerkenswert war, dafs sich beim Vater und bei der Schwester des Patienten derselbe Farbstoff im Urin fand.
von Hofmann-Wien.

Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote totale de l'urine ou rapport azoturique dans quelques maladies infectieuses. Von Bachmann. (Thèse de Paris 1902. Nach La Presse méd. 1902, S. 1017.)

Die Stickstoffgleichung (Harnstoff-N dividiert durch Gasamtharn-N), welche beim Gesunden zwischen 80 und 92 schwankt, sinkt unter diesen Wert bei solchen Infektionskrankhoiten, die mit Störungen der Leberfunktion einhergehen. Solche Erkrankungen sind Variola, Scarlatina, Diphtherie, während andere Infektionskrankheiten wie z. B. Rubeola, Mumps, Meningitis cerebrospinalis, welche die Leber nur ausnahmsweise affizieren, keinen Einflufs auf diese Gleichung ausüben.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Dosage approximatif des chlorures urinaires. Von Ch. Achard und L. Thomas. (Soc. méd. des hôp. 20. Juni 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 609.)

Man nimmt zu diesem Zwecke ein graduiertes Reagensglas, dessen Teilstriche in Intervallen von je 2,5 g bis 15 g gehen. In dieses Glas giefst man 5 ccm einer 2,9075 $^0/_0$igen Arg. nitric.-Lösung, der man noch 3—4 Tropfen einer 20 $^0/_0$igen Kal. chrom.-Lösung zufügt. Nun giefst man Urin vorsichtig in kleinen Mengen zu und schüttelt jedesmal, sobald ein Teilstrich erreicht ist, um, bis die rotbraune Farbe in gelb umschlägt. Die den Teilstrichen entsprechende Zahl giebt dann den ungefähren Gehalt an Chloriden an. Zweckmäfsig ist es, den Urin aufs 4—6 fache zu verdünnen und die dann gewonnene Zahl mit 4 resp. 6 zu multiplizieren.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Perméabilité rénale aux chlorures urinaires. Von G. Meillère. (Soc. de biol. 18. Okt. 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 1012.)

Bei der akuten Osteomyelitis, Peritonitis, Appendicitis, bei der Bleikolik sowie bei der Hyperemesis gravid. findet eine mangelhafte Ausscheidung der Chloride statt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Synthese der Hippursäure im Tierkörper. Von E. Bachford und W. Cramer. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. XXXV, S. 324.)

Bunge und Schmiedeberg sind auf Grund ihrer Untersuchungen zu der Ansicht gekommen, dafs die Synthese der Hippursäure aus Benzoësäure und Glykokoll durch die Lebensthätigkeit der intakten Nierenzellen zu stande kommt. Verff. sind zu einem gegenteiligen Resultate gekommen. Sie haben gefunden, dafs auch das zerstörte Nierengewebe (sie zerstampften Nierengewebe mehrfach im Mörser) noch die Synthese bewirke, wenn man den Nierenbrei und das mit Benzoësäure und Glykokoll versetzte Blut unter einen leichten Druck setzt. Die Bildung der Hippursäure kann also nicht an die lebenden Nierenzellen gebunden sein. Verff. nehmen vielmehr an, dafs hier rein chemische Vorgänge eine Rolle spielen.

Dreysel-Leipzig.



Über Kastration. Von Luethje. (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 48, Heft 3 u. 4, 1902.)

Der Verf. legte sich die Frage vor, ob die nach der Kastration beobachtete stärkere Fettbildung durch eine spezifische Wirkung der Keimdrüsen und dadurch verminderte Oxydationsenergie der Zellen bedingt sei. Er suchte die Frage experimentell an Hunden zu lösen und kam zu dem Schlufs, dafs die Entfernung der Keimdrüsen auf die Fettbildung ebenso wenig wie auf den übrigen Stoffwechsel und auf die Respiration von Einflufs sei. Wenn gelegentlich nach der Kastration, ebenso wie im Klimakterium, eine Fettansammlung auftritt, so kann diese indirekt veranlafst sein durch psychisch bedingte gröfsere Gemütsruhe und damit verbundene geringere mechanische Arbeitsleistung.

Ludwig Manasse-Berlin.

Über den Einfluss des Formalaldehyds auf den Nachweis normaler und pathologischer Harnbestandteile. Von M. Jaffé-Königsberg i. Pr. (Die Therapie der Gegenwart 1902, April.)

Von der zufälligen Beobachtung ausgehend, dafs eine ganz geringe Menge Formalin zu einem stark indikanhaltigen Harn die bekannte Indikanreaktion unwirksam machte, prüfte Jaffé die Verwendbarkeit des Formalins als Konservierungsmittel der im Urin unter normalen und pathologischen Verhältnissen vorkommenden Bestandteile und kam zu dem Resultat, dafs das Formalin für die Mehrzahl dieser Bestandteile (Indikan, Harnsäure, Aecetessigsäure, Pentosen u. s. w.) unbrauchbar sei, weil es die Reaktion aufhebt oder stört. Für andere Bestandteile (Harnstoff, Gallenfarbstoff etc.), vielleicht auch für einzelne quantitative Bestimmungsmethoden ist es brauchbar. Auf Harnsedimente bezog sich die Untersuchung, die noch weiter fortgeführt werden soll, nicht.

Ludwig Manasse-Berlin.

Gicht infolge chronischer Bleivergiftung. Von Widal. (Journ. des Praticiens 1902, 12. Apr.)

W. demonstriert einen 57jährigen Mann, der seit 46 Jahren Maler ist. Er hat Tophi an den Fingern und Ohren und befindet sich, abgesehen von den Gichtanfällen, ganz wohl. Sein Vater litt an derselben Erkrankung; Potatorium war nicht vorhanden. Gicht als Folge einer Bleivergiftung tritt erst sehr spät auf. Die Prognose ist gut, obwohl Colchikum und Salicylpräparate nutzlos sind. W. will bei seinem Falle Nebennierenextrakt versuchen.

Dreysel-Leipzig.

The clinical estimation of urinary purins by means of the purinometer. Von Hall. (Brit. Med. Journ. Nov. 1, 1902.)

H.s Methode giebt zwar keine so genauen Resultate, wie die Ludwigs, Salkowkis etc., ist aber sehr leicht ausführbar und eignet sich deshalb besonders zur Untersuchung am Krankenbette. Das Purinometer ist ein graduirtes Glasrohr, welches nach unten zu durch einen durch-

bohrten Glashahn abgesperrt werden kann. Es werden nun zu 90 ccm Harn 20 ccm einer Lösung von

100 Ludwigs Magnesiamixtur
100 Ammoniaklösung (20 %)
10 Talk

geschüttet, wodurch die Phosphate ausgefällt werden. Nach 10 Minuten wird der Hahn geöffnet und der Phosphatbodensatz abgelassen. Hierauf wird mit einer Lösung von

1 Argentum nitric.
100 konz. Ammoniaklösung
5 Talk
100 Aqu. dest.

aufgefüllt. Der nun entstehende Niederschlag besteht aus Silberchlorid und Silberpurin, doch löst sich das erstere im Überschufs des Ammoniaks. Das Purinometer bleibt dann am besten bei Luftabschlufs durch 12 Stunden stehen, worauf die Menge des Präcipitates abgelesen und mit 1,5 und einem empirischen, bei jedem Instrumente zu bestimmenden Faktor (etwa 0,001) multipliziert wird, worauf man den Prozentsatz der im betreffenden Harne enthaltenen Purinkörper erhält.

von Hofmann-Wien.

Über Theocin (Theophyllin) als Diureticum. Von O. Minkowski-Köln. (Die Therapie der Gegenwart 1902, November.)

Von den verschiedenen Derivaten des Purins haben mehrere bereits in die Therapie als gute Diuretika Eingang gefunden — es sei an das Koffein, das Theobromin, das letztere in Form seiner Doppelsalze, als Diuretin und Agurin erinnert —. Mit dem Theocin (Theophyllin), auf dessen chemische Konstitution hier nicht näher eingegangen werden kann, hat Minkowski an einer Reihe von Kranken, Stauungserscheinungen infolge von Herzfehlern, von Nephritis, von Cirrhosis hepatis auf kardialer Basis aufwiesen, Versuche angestellt. Das Theocin erwies sich dabei meistens als ein gutes Diuretikum, selbst da noch, wo die diuretische Kraft anderer Mittel bereits erschöpft war; in einem Falle stieg die Harnflut binnen 24 Stunden von 780 ccm auf 7600, meistens allerdings nur auf 3000—5000 ccm; nach dem Aussetzen des Mittels sank die Harnmenge indes wieder sehr rasch. Dem Theobromin ist es an Schnelligkeit und Intensität der Wirkung überlegen und hat vor ihm den Vorzug der Billigkeit. Die excitierenden Wirkungen des Koffeins aufs Herz liefs es vermissen. Gelegentlich verursacht es Erbrechen. Allgemeinerregende Wirkungen auf das Allgemeinbefinden, den Schlaf, traten nur einmal bei einem neuropathischen Individuum auf. Die Nieren hat es nicht ungünstig beeinflufst. Das Mittel wurde in Substanz in Pulverform oder in warmem Thee gelöst zu 0,3—0,5 g pro dosi gegeben.

Ludwig Manasse-Berlin.

Über physiologische Albuminurie. Von W. v Leube-Würzburg. (Ther. d. Gegenwart, Okt. 1902.)

Schon 1877 fand Leube bei einer an 119 Soldaten — also zweifel-

los gesunden kräftigen Menschen — angestellten Untersuchung Eiweiſs im Harn, und zwar bei 4 % in allen Proben, bei 16 % nur, wenn der Ausscheidung Dauermärsche, starke Muskelübungen voraufgegangen waren, und erbrachte damit den Beweis, daſs Eiweiſsausscheidung im Urin nicht immer pathologisch ist, sondern sehr wohl noch in den Rahmen des physiologischen Verhaltens fallen kann, eine Thatsache, die seitdem von vielen Forschern nachgeprüft und bestätigt worden ist.

Um die verschiedenen Arten des bei physiologischer Albuminurie ausgeschiedenen Eiweiſses festzustellen, nahm L. nun kürzlich aufs neue eine Untersuchung an 100 Soldaten vor. Diese Prüfung ergab erstens, daſs der Nachturin nur halb so viel Eiweiſs ausschied, wie der Tagesurin, daſs nach leichtem Arbeitsdienst nur Nukleoalbumin und erst bei gröſseren Märschen und Anstrengungen Serumalbumin und -globulin in vorher einwandfreiem Urin erschien.

Der sich nun von selbst aufdrängenden Frage gegenüber, ob nicht jeder normale Urin eiweiſshaltig sei, kommt Verf. zu der Überzeugung, daſs mit genügend empfindlichen Reagentien es gelingt, dies in allen Fällen nachzuweisen; der von ihm gewählte, oft angefochtene Name „physiologische Albuminurie“ sei also völlig korrekt.

Als Gründe, warum bei einzelnen Individuen (mit physiol. Alb.) die normale latente Ausscheidung so gesteigert wird, daſs sie manifest wird, beobachtete man: die Körperstellung, Muskelanstrengungen, Zufuhr von Nahrung, kalte Bäder, geistige Anstrengungen und Gemütserregungen. Der als am wichtigsten erkannte Faktor für das Auftreten der physiol. Alb. ist aufrechte Stellung. Die Absonderung bleibt im Liegen aus, ganz kurzes Stehen genügt bisweilen, um sie wieder erscheinen zu lassen Überhaupt scheint Stehen, das an sich ermüdender ist, noch stärker als Gehen einzuwirken, welch letzteres nur, wenn es mit Erschöpfung verbunden war, die Absonderung begünstigte. Als Ursache der Ausscheidung überhaupt nimmt Leube hypothetisch die mehr oder minder groſse Durchlässigkeit des Nierenfilters an.

Bei der Diagnose der physiologischen Albuminurie sind vorerst alle Krankheiten auszuscheiden, die mit ihr die Intermittenz der Eiweiſsabsonderung und das Fehlen allgemeiner Krankheitserscheinungen gemeinsam haben, wie ausklingende Nephritis, Nephritiden im Beginn der Entwickelung und besonders schleichend verlaufende interstitielle Nephritiden, aber auch die sogen. Pubertätsalbuminurie, die bei krankhaften Störungen, die in der Pubertät begründet sind, auftritt.

„Erst wenn sich nichts auf Urämie Suspektes findet, keine stärkere Pulsspannung, keine Entzündungszellen und verdächtige Cylinder im Sediment des Harns, und ebensowenig auf Nephritis hindeutende Veränderungen im Augenhintergrund, — von einer Herzhypertrophie nicht zu sprechen, — dann, aber auch nur dann, darf man die Diagnose auf physiol. Albuminurie stellen, namentlich, wenn der Harn ausnahmslos in der Zeit des Liegens eiweiſsfrei ist, und das zu anderen Zeiten abgeschiedene Eiweiſs nur in geringen Mengen im Harn erscheint.“ Die physiol. Albuminurie pflegt nicht in Nephritis überzugehen, wohl aber

wäre dies bei der Pubertätsalbuminurie denkbar, da die Nieren hierbei durch etwaige Stauungen und Ernährungsstörungen weniger resistent sind.

Sind Anämie oder Herzinsuffizienz die hauptsächlichen Faktoren der Pubertätsalbuminurie, so wird eine geeignete Therapie, Eisen, Dgitalis u. s. w., helfend einwirken.

Die physiol. Albuminurie bedarf keiner Therapie, denn sie ist keine Krankheit. Gleichwohl ist von Washburn direkt nachgewiesen, dafs bei Leuten mit physiol. Albuminurie fast die doppelte Mortalität von der aus dem Durchschnittsalter berechneten sich herausstellte, eine Beobachtung, die von Versicherungsärzten jedoch nur mit gröfster Vorsicht verwendet werden sollte. Ludwig Manasse-Berlin.

Über das durch Essigsäure ausfällbare Eiweiss in pathologischen Harnen. Von Rostoski. (Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Vereinsb.)

Der durch Zusatz von Essigsäure im Harn auftretende Niederschlag wurde bisher von einigen Autoren für Mucin, von anderen für Nukleoalbumin (aus den abgestofsenen Epithelien der Harnkanälchen) angesehen. Verf. weist die Unrichtigkeit beider Theorien nach. Sammelt man den Niederschlag auf einen Filter, löst ihn wieder auf und bestimmt nun in einer neutralen Lösung die Ausfällungsgrenzen für Ammonsulfat, so findet man nicht die niedrigen Grenzen für Nukleoalbumin, sondern für gewisse Anteile des Globulin, und zwar das Euglobulin und Fibrinoglobulin, nur zuweilen findet schon eine bei einer niederen Grenze auftretende Fällung des Nukleoalbumin statt. Dieselben Substanzen finden sich auch im Blutplasma, im Blutserum, in Pleura- und Peritonealergüssen. Daraus schliefst Verf., dafs es sich bei dem fraglichen Niederschlag um bestimmte, die Nieren leicht passierende Niederschläge des Globulins handelt. Daneben kommt auch noch ein durch Essigsäure nicht fällbares Globulin im pathologischen Harn vor.

Ludwig Manasse-Berlin.

Recherche simple et très sensible de l'albumine dans l'urine. L'union pharmaceutique 1902, p. 314.)

Die zum Nachweis des Albumens empfohlene Methode besteht in folgendem: In ein ganz sauberes und blankes Reagenzglas giefst man kochendes, destilliertes Wasser und läfst in dasselbe einen Tropfen Urin fallen. Auch bei Spuren von Albumen bildet sich, während der Tropfen zu Boden fällt, eine sehr charakteristische Opaleszenz, die Zigarrenrauch ähnlich sieht. Die Methode ist empfindlicher als die gewöhnliche Kochprobe und vor allem dann zu empfehlen, wenn nur eine sehr geringe Menge Urin zur Verfügung steht. Dreysel-Leipzig.

A note on hypostatic albuminuria of splenic origin. Von H. D. Rolleston. (Lancet 1902, 1. März.)

Verf. berichtet über 3 Fälle mit Milzschwellung, bei denen eine intermittierende Albuminurie vorhanden war, d. h. eine Albuminurie,

die nur in der Ruhelage auftrat, aber auch bei dieser nicht beständig vorhanden war. Die Albuminurie entsteht nach R. infolge des Druckes der Milz auf die linke Nierenvene. Dreysel-Leipzig.

Dropsy without albuminuria. Von F. M. Manson. (St. Paul med. Journ. 1902, Apr.)

Verf. berichtet zunächst über einen einschlägigen Fall und kommt dann auf die Ursachen des Hydrops ohne nachweisbare Nierenveränderungen zu sprechen. Er ist der Ansicht, dafs an den Nieren irgendwelche Veränderungen immer vorhanden seien, nur wären diese nicht zu konstatieren. Was das Zustandekommen einer Nierenwassersucht überhaupt betrifft, so meint M., dafs die Schädigung und damit die Durchlässigkeit die Nierengefäfse der Peripherie allein betreffen könnte, ohne dafs die Glomeruli beteiligt wären. Dreysel-Leipzig.

Hämoglobinurie nach geplatzter Tubargravidität. Von Tauber. (Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 10. Vereinsb.)

Am 3. Tage nach einer geplatzten Tubargravidität trat unter Fiebererscheinungen im Harn Hämoglobin auf. Unter Ausschlufs aller anderen Möglichkeiten kommt T. zu der Annahme, dafs es im Organismus zur Bildung von Autolysinen gekommen sei, denen er bei der schnellen Resorption des Blutes keine Antiautolysine entgegensetzen konnte. Ludwig Manasse-Berlin.

Traitement des albuminuries intermittentes de l'enfance. Von Méry. (Arch. de méd. des enfants. September 1902.)

Reine Milchdiät ist hierbei eher schädlich; am besten ist eine gemischte milch-vegetarische Kost mit weifsem Fleisch. Unbedingt zu verbieten sind reizende Speisen und Getränke. Kindern mit Dilatatio ventriculi schränke man die Flüssigkeitszufuhr möglichst ein. Magern Patienten mit orthotischer Albuminurie ab, so gestatte man unbedenklich rotes und speziell rohes Fleisch. Sehr gut sind daneben noch mäfsige körperliche Übungen, Massage und kalte Abwaschungen. Bei gichtiger Disposition sind Natr. bicarbonat. und Lithiumsalze sehr gut, bei Anämischen Injektionen von Natr. cacodyl. Von Mineralquellen kommen in Betracht: bei Leberaffektionen: Vichy, Châtel-Guyon, Saint-Nectaire; bei Gichtikern: Évian; bei orthotischer Albuminurie Bourboule und St.-Nectaire. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Beitrag zur Pentosurie. Von Dr. F. Kaliski in Breslau (Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 41.)

Bei einem blühend aussehenden Mann fand Kaliski bei einer gelegentlichen Urinuntersuchung einen positiven Ausfall der Trommerschen und Nylanderschen Reaktion und stellte die Diagnose auf Glykosurie; als er aber den Urin polarimetrisch nachprüfte und vergären liefs, fand er zu seiner Überraschung keine Dextrosen und schliefst daraus, dafs es sich um Pentosen gehandelt haben müsse, deren Ausscheidung durch Bier-

genufs oder durch Genufs von pentosenhaltigen Früchten hervorgerufen war. Er hat eine Reihe von Versuchen bei Gesunden und Diabetikern über die Ausscheidung von eingeführten Pentosen angestellt und empfiehlt, für die Entscheidung der Frage, ob eine Pentose oder eine Dextrose vorliegt, die Gärungsprobe anzustellen und daneben die Phloroglucinsalzsäureprobe (Tollens) oder die Orcinprobe (Bialsche Modifikation) vorzunehmen. Gerade die letztgenannte Probe eignet sich für den Praktiker besonders. Ludwig Manasse-Berlin.

Über den Einflufs des Fettes auf die Aceton- und Säureausscheidung beim Diabetiker. Von Grube. (Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie Bd. VI, S. 2.)

Nach G. wird bei schweren Diabetesfällen sowohl die Acetessigsäure als auch die Oxybuttersäure durch das Fett der Nahrung beeinflufst. Schweinefett übte keinen Einflufs aus, wohl aber Rahm und noch mehr Butter. Als Nahrungsmittel für Diabetiker verwirft G. das Fett nicht völlig, vor allem deshalb, weil der Einflufs des Fettes auf das Zustandekommen eines diabetischen Coma noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist. In Fällen von hochgradiger Acidosis ist es jedoch empfehlenswert, die Fettzufuhr wesentlich einzuschränken. Dreysel-Leipzig.

Diabete mellito. Von Renzi. (Gazz. degli ospedali 1902, Nr. 45.)

Die Schlufsfolgerungen des Verf. lauten: Die Oxydation der Kohlehydrate in den Geweben wird durch gewisse Fermente bewirkt. Diese Fermente finden sich im Pankreas, Darm und in den Speicheldrüsen. Bei fehlender oder mangelhafter Oxydation der Kohlehydrate, also beim Diabetes, ist die fermentbildende Kraft dieser Drüsen infolge Hyperfunktion und Erschöpfung herabgesetzt. Zur Beseitigung dieser Erschöpfung ist Ruhe der genannten Organe geboten. Die klinische Beobachtung bestätigt diese Anschauung. Bei Schonung der Organe, die zur Glykolyse bestimmt sind, also bei entsprechender Diät, kommt es zur Heilung des Diabetes. Dreysel-Leipzig.

Contributo alla clinica ed all' anatomia patologica del diabete traumatico. Von L. d'Amato. (Rivista critica di clin. med. 1902, p. 184.)

Der von Verf. angeführte Diabetesfall war unmittelbar nach einem Falle auf den Kopf entstanden und hatte nach 2 Jahren infolge Tuberkulose tödlich geendet. Im Centralnervensystem fanden sich verschiedenartige Veränderungen, fettige Degenerationen in den Wandungen der kleinen Gefäfse des Hirnes, diffuse Degeneration der Nervenzellen, doch waren alle diese Veränderungen nicht Ursachen, sondern Folgen des Diabetes. Die Leber wies eine Pigmentatrophie der Parenchymzellen und Vermehrung des Bindegewebes auf. Ausgesprochene atrophische Veränderungen am Pankreas brachten Verf. zu dem Schlusse, dafs es sich bei dem Falle um einen Pankreasdiabetes gehandelt habe.

Ein zweiter von Verf. angeführter Fall betrifft einen Knaben, der einen nach ihm gerichteten Schlag mit der Hand aufgefangen hatte und

dabei heftig erschrocken war. Bald darauf trat ein Diabetes auf, dem der Kranke nach einem Jahre erlag. Verf. fafst auch diesen Fall als traumatischen Diabetes auf. Dreysel-Leipzig.

Über einen Fall von angeborenem Diabetes insipidus, kombiniert mit nach Insolation hinzugetretener Epilepsie. Von Lichtwitz jr. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 45.)

Ein 23jähriger Packer, der mit einem in drastischer Weise sich äufsernden Diabetes insipidus zur Welt gekommen, als Kind in seiner geistigen Entwicklung zurückgeblieben war, erkrankte im Anschlufs an schwere körperliche Arbeit in Sonnenhitze an Kopfschmerzen, Mattigkeit und Erbrechen; 14 Tage später fand man ihn bewufstlos am Boden liegen mit Krämpfen und einer Bifswunde in der Zunge. Ähnliche Anfälle wiederholten sich seither etwa 1—3 mal im Monat. Die Thatsache, dafs der erste Anfall erst 14 Tage nach der Insolation aufgetreten ist, findet in der Erfahrung ihre Erklärung, dafs an einen jeden in der Schädelhöhle bestehenden Reizzustand noch nach Jahren epileptische Anfälle sich anschliefsen können. Jesionek.

Ein Fall von traumatischer Pankreascyste. Heilung nach Operation. Vorübergehender Diabetes. Von Pichler. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 52, 1902.)

Bei dem 37jährigen Patienten hatte sich im Anschlufs an 2 Hufschläge eine Geschwulst in der rechten Seite entwickelt. Bei der Punktion fand man frisch hämorrhagische Flüssigkeit. Urin normal. Circa 2 Monate nach der Verletzung wurde die Laparotomie vorgenommen, die Kyste punktiert, worauf sich 5 Liter Flüssigkeit entleerten, dann gespalten und in die Wundränder eingenäht. Tamponnade. Trotz normaler Wundheilung kam der Patient bedeutend herunter. 5 Wochen nach der Operation konnte Zucker im Urin konstatiert werden. Der Zuckergehalt blieb trotz fast reiner Eiweifsfettdiät durch mehr als 2 Monate bestehen. Die Heilung war, wie eine nach 1 Jahr vorgenommene Untersuchung ergab, eine dauernde. von Hofmann-Wien.

On the treatment of glycosuria and diabetes mellitus with aspirin. Von Williamson. (Brit. Med. Journ. Dec. 27, 1902.)

W. hat in 40 Fällen von Diabetes oder Glykosurie, von denen 11 genau beobachtet werden konnten, Aspirin verschrieben. Von diesen 11 Fällen zeigte sich bei 4 Patienten mit schwerem Diabetes kein Erfolg. Bei 3 Patienten mit chronischer Glykosurie hörte die Zuckerausscheidung auf, ohne dafs die Diät geändert worden wäre. Bei 4 Patienten mit leichtem Diabetes nahm die Zuckerausscheidung deutlich ab, nahm aber wieder zu, als das Aspirin ausgesetzt wurde. W. reicht das Aspirin in Dosen von 1,0 Gramm 4—6 mal täglich. von Hofmann-Wien.

Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. Von von Noorden. (Wiener med. Presse 1902, Nr. 40.)

Da die Eiweifszufuhr auf die Glykosurie einen sehr bedeutenden

Einflufs hat, ist dieselbe nicht nur in schweren, sondern auch in leichteren Fällen innerhalb vernünftiger Grenzen zu halten. Wenn auch der Einflufs verschiedener Eiweifsarten auf die Glykosurie nicht der gleiche ist, so empfiehlt es sich doch, die verschiedenen Eiweifskörper in der üblichen Weise zu mischen, da sich sonst durch die zu einseitige Kost Störungen der Appetenz und Verdauung zeigen können. Die Furcht vor einer infolge von Fettzufuhr drohenden Acidosis wird in der Praxis zu sehr übertrieben. Bei einem Diabetiker, den man bei Kräften erhalten will, kommt man ohne eine gewisse, nicht allzu geringe Fettzufuhr auf die Dauer nicht aus. Was die Kohlehydraternährung betrifft, so wird in vielen Fällen Hafer mindestens doppelt so gut vertragen, wie Brot.

von Hofmann-Wien.

Quelques remarques sur le régime des diabétiques. (Journ. Méd. de Bruxelles 1902, 21. Aug.)

In dem Aufsatze werden unter Anführung von Beispielen die bei Diabetes im allgemeinen verbotenen und erlaubten Nahrungsmittel besprochen und folgende Schlufssätze aufgestellt: 1. die Diät kann nicht bei allen Fällen von Diabetes die gleiche sein; 2. das absolute Verbot der Kohlehydrate ist mehr schädlich als nützlich, denn es werden durch ein solches Verbot die durch die Glykosurie hervorgerufenen Beschwerden und bisweilen auch die Glykosurie selbst verstärkt; 3. die allgemeine Einschränkung der Nahrungsmittelzufuhr ist mindestens ebenso wichtig, wie das Verbot gewisser Nahrungsmittel; auf diese Weise ist eine viel präzisere Diät möglich; die Vorteile der Milchdiät und der Ernährung mit Kartoffeln sind zum grofsen Teile auf eine solche Einschränkung zurückzuführen.

Dreysel-Leipzig.

La sciatique dans le diabète. Von G. Lagardère. (Thèse de Paris 1902. Nach La Presse méd. 1902, S. 814.)

Die Ischias entwickelt sich oft ohne besondere Ursachen beim Diabetes und zwar nicht nur bilateral, sondern auch, was weniger bekannt ist, sehr oft unilateral. Sie ist sehr hartnäckig, doch braucht ihre Schwere keinesfalls dem Zuckergehalt des Urins zu korrespondieren. Sie endet häufig mit trophischen Störungen, wie Dermatitis, Atrophia muscular., Ulcerationen (Mal perforant). Die Therapie hat in erster Linie sich gegen den Diabetes zu richten nebst Bekämpfung der schwersten Symptome.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über diabetische und gichtisch-arthritische Dermatosen. Von Ehrmann. (Wiener med. Wochenschr. 1902, Nr. 43.)

Häufig stellt es sich heraus, dafs Fällen von aller Behandlung trotzendem Ekzem Diabetes zu Grunde liegt. Aufserdem können sich bei dieser Krankheit auch universelle Ausschläge finden. Auch bei gichtischen Arthritikern können ähnliche Hauterkrankungen auftreten wie bei Diabetikern, doch sind in solchen Fällen die Erscheinungen mehr lokalisiert, und zwar besonders auf Fufssohle und Fufsrücken.

von Hofmann-Wien.

Diabetic pseudocoma. Von Ch. Fiessinger. (Journ. des Practiciens 1902, 8. März.)

Der Fall Fs betrifft eine 50jährige Frau, die plötzlich an Coma erkrankte. Im Urin fand sich Zucker. Die Diagnose ward auf diabetisches Coma gestellt. Nach 4 Tagen schwand die Glykosurie und mit ihr alle anderen Symptome. Drei Monate später trat ein zweiter Anfall, verbunden mit Aphasie, auf. Im Urin fand sich Albumen, aber kein Zucker. Die Frau starb ein Jahr später ganz plötzlich an cerebraler Hämorrhagie. Die Diagnose „diabetisches Coma" sollte nach Ansicht F.s immer nur mit grofser Vorsicht und nicht zu rasch gestellt werden. Dreysel-Leipzig.

2. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Blasenektopie. Von Clairmont. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 6, 1903.)

C. stellte in der Wiener Gesellschaft der Ärzte 2 Patienten vor, welche wegen Blasenektopie operiert worden waren. Der 1., ein 25-jähriger Mann, wurde vor 8 Jahren nach Trendelenburg ohne Erfolg operiert. Vor 5 Jahren gelang es durch Naht der Blasenränder und plastische Operationen eine Blase zu bilden, doch war das funktionelle Resultat ein schlechtes. 3 Jahre später wurde eine Penisfistel am Dorsum mit Erfolg operiert. Die Blase fafst 80 ccm, der Urin ist ammoniakalisch und enthält Eiweifs. Es bestehen Schmerzen in der rechten Nierengegend. Bei dem 2. Patienten, einem $3^{1}/_{2}$jährigen Kinde, wurde die Ektopie durch Implantation der Ureteren in die Flexur beseitigt. Die Kontinenz ist eine gute. von Hofmann-Wien.

Zur Behandlung der funktionellen Enuresis. Von K. Wacker. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie Bd. VI, 6.)

Wacker empfiehlt für die Behandlung der funktionellen Enuresis die kombinierte Massage vom Rektum aus. Der Pat. liegt in Rücken- oder Knieellenbogenlage, der Zeigefinger der rechten Hand wird in den Mastdarm geführt und mit ihm 4—5 Minuten lang eine Massage des Blasenhalses durch kreisförmige längs- und querverlaufende Bewegungen ausgeführt, wobei die linke Hand über der Symphyse, dem massierenden Finger entgegengeführt wird. Nicht minder gute Erfolge erzielt man mit maschineller Vibrationsmassage sowohl am Perineum als auch in der Blasengegend. Neu ist der Vorschlag des Autors übrigens nicht. (D. Ref.)
Ludwig Manasse-Berlin.

L'incontinence des urines des enfants. Von A. Bienfait. (Gaz. Méd. Belge 1902, 3. u. 24. Apr.)

B. bespricht die verschiedenen Ursachen der angeborenen und erworbenen Incontinentia urinae. Sind keine Deformitäten, Steine, Ver-

änderungen der Harn- und Sexualorgane vorhanden, dann wirkt vielfach Extr. Belladonnae günstig (1 cg 1—3 mal tgl. in Pillenform). Bei Parese des Sphinkter ist Strychn. sulf. 0,005—0,03 von Vorteil. Auch die Elektricität, sowohl der faradische, als auch der konstante und statische Strom, giebt gute Resultate. Dreysel-Leipzig.

Retention of urine and its relief — a clinical lecture. Von Brinton. (Therap. Gaz. Nov. 15, 1902.)

Aufser den selteneren Fällen von Urinretention (eingeklemmter Stein, Ligatur um den Penis etc.) unterscheidet B. 3 Formen dieses Leidens:

1. Urinretention verursacht durch akut entzündliche Anschwellung der Prostata. Sie tritt meist bei jungen Leuten im Verlaufe einer Gonorrhoe auf. Der Katheterismus geschieht am besten mit einem am visceralen Ende sehr weichen, sonst aber festeren Katheter.

2. Retention bei Strikturen der Harnröhre. Sie tritt selten plötzlich und unerwartet auf, sondern entwickelt sich allmählich, nachdem schon durch längere Zeit Symptome von seiten des Harntraktes vorausgegangen waren. Allerdings kann infolge Exzesses, Erkältung etc. eine bereits länger bestehende inkomplette Harnretention plötzlich eine komplete oder nahezu komplete werden. B. glaubt nicht an impermeable Strikturen mit Ausnahme der traumatischen. In der Behandlung bevorzugt B. filiforme, besonders Fischbeinbougies, über welche dann möglichst bald ein Metall oder elastischer Katheter eingeführt wird. Im schlimmsten Fall, besonders bei Zeitmangel, empfiehlt B. die suprapubische Aspiration mit dem Dieulafoyschen oder einem ähnlichen Apparat.

3. Retention bei Prostatahypertrophie. Auch hier bevorzugt B. feste Instrumente mit weicherem Endteil. In den meisten Fällen wird es angezeigt sein, das Instrument als Verweilkatheter durch einige Zeit zu belassen. von Hofmann-Wien.

Contracted bladder treated by graduated fluid dilatation. Von A. W. Mayo Robson. (Edinb. Med. Journ. 1902, Apr.)

Die Kranke R.s, eine 55jährige Frau, litt an starkem Harndrang und Inkontinenz; mit dem Urin wurden Steinfragmente entleert. Die Blase war sehr derb, etwa walnufsgrofs, das Lumen sehr gering; sie fafste nur ungefähr 15 g Flüssigkeit. Die Ureteren waren offenbar normal, eine Vergröfserung der Nieren bestand nicht. Die Wandungen der Blase waren mit Phosphatkonkrementen bedeckt; die letzteren wurden entfernt und die Blase durch Injektion von Flüssigkeit allmählich dilatiert, bis sie etwa 250 g fafste. Dreysel-Leipzig.

Neuralgia of the bladder. Von S. F. Lydston. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1902, 23. Aug.)

Verf. bespricht die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Cystalgie. Von den Ursachen sind zu erwähnen: Läsionen des Harntraktus, der Nachbarorgane, Prostata, Rektum u. s. w., lokomotorische

Ataxie und allgemeine Paralyse, Gicht, Rheumatismus, Erkrankungen des Hodens und des Samenstranges, Malaria, Bleivergiftung; auch bei Hysterischen und Chloranämischen kommt die Affektion vor. Bei der Behandlung ist vor allem die Ursache aufzufinden und zu beseitigen; im übrigen leisten Opium, Belladonna, heifse Sitzbäder gute Dienste.

Dreysel-Leipzig.

Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum. Von Dr. Paul Rosenthal. (Die Ther d. Gegenw. 1902.)

Das Helmitol ist eine Verbindung der Anhydro-Methylenzitronensäure mit dem Urotropin. Bei dem Durchgang durch den Körper spaltet sich Formaldehyd ab, das in der bekannten Weise nachweisbar ist. 2 g Helmitol entsprechen etwa 0,85 Hexathylentetramin. Es ist ein lösliches Pulver und hat einen angenehmen, an Zitronensäure erinnernden Geschmack. In der Dosierung von 1—1$^{1}/_{2}$ g pro dosi von 3—4 g pro die soll es dem Urotropin ähnliche Wirkungen entfalten. Rosenthal hat es bei 20 Patienten in der Josephschen Poliklinik versucht und will mit ihm günstige Erfahrungen gemacht haben. Von den fünf Fällen, über die er nähere Angaben macht, beweisen aber vier gar nichts, denn es handelt sich um subchronische resp. chronische Fälle von Urethritis posterior, die erfahrungsgemäfs schon ohne jede Therapie zur Heilung tendieren, und bei dem fünften Fall von chronischer Cystitis bei gleichzeitig bestehender Prostatahypertrophie ist der Urin nach Helmitolgebrauch zwar klar geworden, die Alkalescenz ist aber nicht ganz geschwunden.

Ludwig Manasse-Berlin.

Ein kasuistischer Beitrag zur Urotropintherapie. Von Grünfeld. (Ärztl. Centralzeit. Nr. 40, 1902.)

Gr. berichtet über einen Patienten, bei welchem durch 3 Jahre lang Urotropin in kleinen (5,5 pro die), zeitweise aber auch in gröfseren Dosen (1,5—2,0) gegeben worden war, ohne dafs irgendwelche Störungen oder Nebenwirkungen aufgetreten wären. Wurde aber das Urotropin bei dem Patienten, einem Prostatiker, der seine Blase nahezu vollständig entleeren konnte, weggelassen, so stellten sich regelmäfsig Urinbeschwerden ein, welche auf Steigerung der Urotropindosis und Katheterismes wieder verschwanden.

von Hofmann-Wien.

Bacilluria and cystitis in typhoid fever and the action of urotropine thereon. Von Biss. (Edinburgh Med. Journ. Oct. 1902.)

Bei 311 Fällen von Typhus fand B. 13mal Cystitis (4,18 %) und 18mal Bacillurie (5,78 %). Die Bacillurie begann im Durchschnitt am 43. Tage (frühestens am 12. Tage), die Cystitis durchschnittlich am 63. Tage (frühestens ebenfalls am 12. Tage). Urotropin giebt sehr günstige Resultate, doch mufs dieses Medikament so bald als möglich in grofsen Dosen (bis 1,2 g alle 4 Stunden) oft und in gleichen Intervallen gegeben werden. Auch mufs es nach Verschwinden der Erscheinungen noch eine Zeitlang fortgereicht werden. Zu leichten Reizungserschei-

nungen von seiten des Urogenitalapparates (Albuminurie, Hämaturie) kommt es nur ausnahmsweise. Sie schwinden rasch nach Aussetzen des Urotropins. Die gewöhnliche Dosis des Urotropins beträgt 0,3 g alle 8 Stunden. von Hofmann-Wien.

A case of haematuria following contusion of the bladder. Von B. N. Kholtzoff. (Bolnitchnaia Gaz. Botkina 1902, 13. März.)

Der 28jährige, sonst völlig gesunde, Kranke K.s litt an Blasenblutung, deren Ursache nicht genau zu eruieren war, die aber wahrscheinlich auf eine während eines Rausches erlittene Kontusion zurückzuführen war. Die Blutung liefs nach einigen Tagen nach. Bei der cystoskopischen Untersuchung waren einige hämorrhagische Stellen an der sonst normalen Schleimhaut nachweisbar. Die Blase war, wie eine Probelaparotomie ergab, intakt. Dreysel-Leipzig.

Fréquence des calculs vésicaux chez les enfants hovas. Von Fontoynont (Tananariva). (Soc. de chir. 1. Okt. 1902. Nach La Prefse méd. 1902, S. 958.)

F. beobachtete innerhalb 2 Jahren Blasensteine bei 15 Knaben und 2 Mädchen, wovon 14 mittelst Sectio alta (2 Todesfälle), 2 mittelst Vaginalschnittes, 1 durch einfaches Abwärtsziehen der Urethra entfernt wurden. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Vesical calculi. Von Deanesly. (Brit. Med. Journ. Dec. 6, 1902.)

D. stellte in der Birmingh. and Midland Counties Branch of the Brit. Med. Assoc. einen 61jährigen Mann vor, bei dem wegen Steines die Lithotripsie ausgeführt werden sollte. Es gelang auch in der That auf diese Weise, einen Stein zu entfernen, doch stellte sich heraus, dafs noch ein zweiter Stein in einer Nische steckte. Es wurde daher die Sectio alta gemacht und der Stein entfernt. Heilung.

von Hofmann-Wien.

Large vesical calculus. Von Deanesly. (Brit. Med. Journ. Jan. 10, 1903.)

D. demonstrierte in der Birmingh. and Midland Counties Branch of the Brit. Med. Assoc. einen Stein von 480 Gramm Gewicht, welcher ausschliefslich aus Uraten bestand. D. hatte denselben einem 37jährigen Mann durch Sectio alta entfernt. Bei der Operation zeigte es sich, dafs gleichzeitig eine maligne Neubildung bestand, welche 3 Wochen später den Tod des Patienten herbeiführte. von Hofmann-Wien.

Encysted vesical calculus after gunshot wound of the bladder. Von Hugo. (Brit Med. Journ. Nov. 22, 1902.)

Der 24jährige Patient hatte vor 3 Jahren einen Schufs in den Unterleib erhalten, welcher von links vorn zur rechten Hinterbacke verlief. Durch 2 Jahre bestand eitrig-urinöser Ausflufs aus der Abdominalwunde, doch hatte derselbe zur Zeit, als der Patient das Spital

aufsuchte, fast ganz aufgehört. Seit 2 Jahren bestanden Steinbeschwerden. Bei der Untersuchung fand man einen Stein frei in der Blase und einen zweiten in der linken Blasenwand fixiert. Da der Patient unter keiner Bedingung den hohen Steinschnitt ausführen lassen wollte, wurde die laterale Lithotomie vorgenommen und die beiden Steine entfernt. Die Entfernung des fixierten gelang erst, nachdem man die Ränder der Nische, in welcher er safs, eingekerbt hatte. Sodann fand man in dieser Nische noch einen 3. Stein. Es handelte sich um Phosphate. Den Kern des einen Steines bildete ein kleiner Bleisplitter und ein Stück schwarzen Tuchs. Glatte Heilung. von Hofmann-Wien.

Urologische Mitteilungen. 1. Ruptura urethrae; 2. Cystitis tuberculosa, Sectio alta; 3. Fall von Schrumpfblase, Sectio alta; 4. Papilloma vesicae, Sectio alta, Exstirpation; 5. Incrustation der Blase nach Lithiasis, Sectio alta. Von Preindlsberger. (Wiener klin. Rundschau Nr. 3, 1903.)

1. Ruptura urethrae; infiltratio urinosa. Sectio alta. Katheterismus posterior. Ein 12jähriger Knabe war rittlings auf ein Wasserleitungsrohr gefallen. Im Anschlufs daran Unvermögen zu urinieren und mäfsige Blutung aus der Harnröhre. Perineum, Skrotum und Unterbauchgegend stark geschwellt und bläulich verfärbt. Die Einführung von Kathetern gelingt nicht. Es wird daher 12 Stunden nach der Aufnahme die Sectio alta ausgeführt. Einführung einer Sonde durch das Orificium internum, welche als Leitungspunkt für die sodann vorgenommene Urethrotomia externa benutzt wurde. Der nahezu vollständige Urethralrifs safs vor der Pars bulbosa. Einführung eines elastischen Katheters und Drainage der Blase. Heilung.

2. Cystitis tuberculosa. Sectio alta. Ein 14jähriges Mädchen litt seit 6 Monaten an Blasenbeschwerden (kontinuierliches Harnträufeln; die Patientin mufs bis 30 mal täglich urinieren). Urin trüb, sauer, etwas bluthaltig. Leichte Besserung auf Ausspülung der Blase mit Borsäure, salpetersaurem Silber und Sublimat. Nach 3 Monaten wieder Schmerzen im Abdomen. Es wurde daher die Sectio alta mit Auskratzung, respektive Resektion der erkrankten Partien vorgenommen. In den excidierten Schleimhautstückchen mikroskopisch Tuberkelknötchen nachweisbar. Drainage der Blase. Heilung mit Fistelbildung. Die Beschwerden schwanden nahezu vollständig. Ein Jahr nach der Operation waren die Fisteln verheilt.

3. Ein Fall von Schrumpfblase. Sectio alta. Bei einem 16jährigen Knaben bestanden seit 2 Jahren Harnbeschwerden: Harnträufeln, Unterbrechung des Urinstrahles, öfters Harnretention, Bluthamen. Kein Stein nachweisbar. Blasenkapazität nahezu Null. Sectio alta. Die Blase erwies sich als nufsgrofser Hohlraum. Tamponnade und Drainage der Blase. Nach $^1/_2$ Jahre konnte der Patient wesentlich gebessert mit Blasenfistel entlassen werden.

4. Papilloma vesicae. Sectio alta. Exstirpation. Bei dem 37jährigen Patienten bestanden seit 3 Jahren Beschwerden, welche auf

ein Steinleiden hindeuteten. Mit der Steinsonde war kein Konkrement, wohl aber im Fundus der Blase eine höckerige Erhabenheit nachweisbar. Sectio alta. Excision des etwa walnufsgrofsen Tumors. Heilung. Der Patient war nach einem Jahr noch recidivfrei. Der exstirpierte Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Papillom.

5. Inkrustationen der Blase nach Lithiasis. Sectio alta. Exkochleation. Heilung. An dem 16jährigen Patienten war vor $^3/_4$ Jahren wegen Lithiasis die Sectio alta vorgenommen worden. Bei der Aufnahme bestand heftige Cystitis. Endoskopie: Intensive Schwellung und Rötung der Blasenwand, papillomartige Gebilde. Sectio alta. Die Wucherungen erwiesen sich als Inkrustationen und wurden ausgekratzt. Tamponnade. Der Patient wurde mit Fistel entlassen. Dieselbe war $^1/_2$ Jahr später vollkommen verheilt. von Hofmann-Wien.

Intravesikale Entfernung von Bassininähten. Von Kapsammer. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3, 1902.)

K. stellte in der Wiener Gesellschaft der Ärzte 2 Patienten vor, welche an heftigen Blasenbeschwerden gelitten hatten und erst dann vollständig geheilt wurden, als es gelang, mit dem Nitzeschen Operationskystoskop 1 respektive 2 Fadenschlingen aus der Blasenschleimhaut zu entfernen. K. macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dafs sich das Mitfassen der Blase beim Nähen meist vermeiden liefse, wenn konsequent auf die Entleerung der Blase vor der Operation geachtet würde.

Aufserdem berichtet K. über eine 47jährige Patientin mit chronischer Cystitis, welche durch endovesikale Kauterisation eines grofsen Geschwüres in der Gegend des Trigonums, sowie zweier kleinerer vollständig geheilt wurde, und einen 60jährigen Patienten, welchem 2 kleine Papillome mit dem Nitzeschen Operationskystoskop entfernt wurden. Nach $^1/_2$ Jahre noch normale Verhältnisse.

Nossal erwähnt einen Fall, wo sich ein Stein um eine Nahtschlinge gebildet hatte, welche nach Ausführung der Sectio alta erst durchtrennt werden mufste, bevor der Stein entfernt werden konnte.

Zuckerkandl spricht sich gegen die endovesikale Operationsmethode bei Tumoren aus.

Auch v. Frisch ist kein Anhänger dieser Operationsmethode.

von Hofmann-Wien.

Case of complete excision of the urinary bladder. Von Robson. (Brit. Med. Journ. Nov. 8, 1902.)

Eine 42jährige Frau, welche bereits mehrere Male wegen maligner Blasentumoren operiert worden war, erkrankte an Recidiv, welches so ausgedehnt war, dafs die ganze Blase entfernt werden mufste. Die Ureteren wurden nahe an der Blasenmündung abgetrennt und in die Vagina eingenäht. Aus dem rechten Ureter entleerte sich normaler, aus dem linken geringe Mengen blutigen Urins. Der Wundverlauf gestaltete sich zunächst günstig, aber in der 2. Woche stellten sich urämische Erscheinungen ein, und die Patientin starb am 13. Tage.

von Hofmann-Wien.



Beiträge zur cystoskopischen Diagnostik. Von Halban. (Wiener klin. Wochenschrift 1902, Nr. 48.)

1. Eine 56jährige Frau hatte durch 14 Tage an heftigen Kolikschmerzen in der Gegend der rechten Niere gelitten. Dieselben hörten einen Tag vor der klinischen Untersuchung auf, hingegen stellten sich nach 5—6stündiger Pause sehr heftige Urinbeschwerden ein. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines bohnen- bis haselnufsgrofsen Konkrementes, welches im vorderen Anteile der Harnröhre safs. Dasselbe wurde mittels Incision der hinteren Urethralwand entfernt. Bei der sofort angeschlossenen Cystoskopie zeigte der linke Ureter ein normales Aussehen, hingegen war die rechte Ureterenmündung laceriert. Es war also in diesem Falle möglich, durch die Cystoskopie objektiv festzustellen, dafs der Stein thatsächlich den Weg durch den rechten Ureter genommen habe. Als H. die Frau nach 8 Tagen wieder cystoskopierte, waren die Veränderungen nahezu vollständig zurückgegangen.

2. Bei einer 46jährigen Frau, welche wegen einer Ovarialcyste die Klinik aufsuchte, fand man eine Nabel- und eine linksseitige Leistenhernie. Bei der Cystoskopie zeigte sich links vom Blasenscheitel eine divertikelartige Vertiefung, welche, wenn die Patientin hustete oder prefste, in der Richtung gegen die Hernie verzogen wurde und sich dabei etwas vertiefte. Wurde die Hernie durch Druck von aufsen entleert, so wölbte sich die Schleimhaut des Divertikels durch den Spalt gegen das Blasenlumen vor, und wenn die Entleerung der Hernie eine vollständige war, war auch die Divertikelbildung vollständig aufgehoben. Bei der Entfernung des Cystoms liefs sich die Blase subperitoneal nach links bis in die Gegend der inguinalen Bruchpforte verfolgen. Zu einer Operation der Leistenhernie gab die Patientin ihre Einwilligung nicht.

3. Die 22jährige Patientin wurde wegen seit 5 Tagen bestehender Urinbeschwerden (Brennen und Schmerzen) auf die Klinik Schauta aufgenommen. Bei der Untersuchung zeigt sich die Blase stark ausgedehnt. Katheterismus schwierig wegen eines Tumors von Taubeneigröfse, welcher kugelig die vordere Vaginalwand vorwölbt. Es werden 500 ccm trüben Urins entleert. Bei der Cystoskopie findet man die Zeichen einer diffusen Cystitis. Der Sphinkter vesicae geht nach hinten zu in einen Tumor über, welcher stark ins Blaseninnere vorspringt, den Blasenboden und die Ureterenmündungen verdeckend. Der Tumor entspricht der vorderen Halbkugel des in der Vagina tastbaren Tumors, was sich durch Heben des vaginalen Anteils, wobei der vesikale mitgeht, konstatieren läfst. Man dachte an einen periurethralen Abscefs mit Schwartenbildung und nahm, da der Blasenverschlufs andauerte, die Operation vor. Es wurde in Knieellbogenlage in der vorderen Vaginalwand ein sagittaler Schnitt über die Kuppe des Tumors geführt. Es erschien ein schwartenartiges nicht scharf begrenztes Gewebe, von welchem ein Teil behufs mikroskopischer Untersuchung excidiert wurde, da man an ein Sarkom dachte. Naht. Verweilkatheter. Erst 14 Tage nach der Operation stellte sich wesentliche Besserung ein, und die Patientin konnte spontan urinieren. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dafs es sich um

einen aus jungem Bindegewebe gebildeten Tumor, wahrscheinlich ein Entzündungsprodukt, handelte. Es ist anzunehmen, dafs die Entzündung durch Gonorrhoe veranlafst war, wenn auch Gonokokken nicht mit Sicherheit nachweisbar waren.

4. Eine Frau, welcher vor 2 Jahren der Uterus mit den Adnexen vaginal exstirpiert worden war, suchte wegen cystischer Beschwerden die Klinik auf. Bei der cystoskopischen Untersuchung fand man eine Rötung der ganzen Blasenschleimhaut bei erhaltener Gefäfszeichnung. An der Blasenwand zeichneten sich aufserordentlich deutlich die Konturen einiger Darmschlingen, vermutlich Dünndarmschlingen, welche peristaltische Bewegungen zeigten. H. vermutet, dafs es sich in diesem Falle um eine adhäsive Fixation des Darmes am Blasenperitoneum handelte.

von Hofmann-Wien.

Zur Technik der Kystoskopie. Von Hugo Feleki. („Urologia“, Vierteljahresbeilage des „Magyar orvosok lapja“ 1903, Nr. 1.)

Nach Vorausschickung verschiedener Kunstgriffe, die bei Untersuchung der normalen Blase resp. an solchem Urogenitaltrakte, wo noch keine nennenswerten Abweichungen vorhanden, das kystoskopische Verfahren wesentlich zu erleichtern berufen sind, bespricht F. jene wichtigeren Formen der pathologisch veränderten Harnwege, welche der Untersuchung mehr oder weniger Schwierigkeiten entgegensetzen und somit von seiten des Untersuchenden gröfsere Erfahrung und manuelle Fertigkeiten beanspruchen. Er befafst sich sodann mit den durch Verminderung der Blasenkapazität, durch Blutung in dem zu untersuchenden Traktus und den durch Anschwellung der Prostata verursachten Hindernissen. In der Bekämpfung dieser Schwierigkeiten, welche F. aus seinem reichen Erfahrungsschatze aushebt, giebt er manche beherzigenswerte Belehrungen den minder Erfahrenen ab. Bei dieser Gelegenheit wird die ausgezeichnete Wirkung des Adrenalins hervorgehoben, das er sowohl für die Kystoskopie als auch für die Urethroskopie bei blutenden Organen als vorzügliches Hilfsmittel ansieht. Es gelingt nahezu immer durch präventive lokale Anwendung des Adrenalins, uns vor Blutungen aus der Harnröhre und der Blase zn schützen; ferner läfst in vielen Fällen die Kongestion der hinteren Partie der Harnröhre derart nach, dafs hierdurch das bestandene Hindernis gegenüber der Einführung des Kystoskops beseitigt wird.

Nach Besprechung der Anästhesie von Blase und Urethra, sowie der Arten der Bekämpfung von Schwierigkeiten, gegeben durch Striktur der Harnröhre, Beschmutzung vom Kystoskop-Prisma bei Einführung des Instrumentes etc., gedenkt F. auch der Zweckmäfsigkeit jener neueren durch die Firma Loewenstein erzeugten elektrischen Lämpchen, die durch ihre minimale Wärmeausstrahlung auch den minder Erfahrenen vor einer Verbrennung der Blasenschleimhaut schützen. Schliefslich bringt F. eine Serie von lehrreichen kystoskopischen Photogrammen, die mit dem Nitze'schen Photographier-Kystoskop aufgenommen wurden.

Remete-Budapest.

Endotheliom der Dura mater mit Metastasen der Blase. Von E. Lindner. (Zeitschr. f. Heilkunde 1902, Apr.)

Der Fall L.s betrifft einen 63jährigen Mann, der seit einigen Monaten über Schmerzen im Rücken und den Beinen, Gürtelgefühl, Schlaflosigkeit, Obstipation, Blasenstörungen und Ataxie klagte. Später entwickelte sich eine Cystitis und im Anschlufs hieran ein Tumor im Abdomen. Auf einen cerebralen Tumor wiesen keinerlei Zeichen hin. Bei der Sektion fanden sich zwei Tumoren in der Blase und ein Endotheliom der Dura mater. Wie die mikroskopische Untersuchung ergab, handelte es sich bei den Blasentumoren gleichfalls um Endotheliome, die vom Endothel der Blutgefäfse ausgingen und Metastasen des Tumors der Dura mater darstellten. Derartige Fälle sind sehr selten. Die Prognose des Endothelioms der Dura mater ist immer eine ungünstige.

Dreysel-Leipzig.

Suprapubic cystotomy in tumours of the bladder. Von Lockwood. (Brit. Med. Journ. Nov. 15, 1902.)

L. hält bei septischem Urin und Unmöglichkeit, den Tumor zu entfernen, die suprapubische Kystostomie nicht für gerechtfertigt. Am günstigsten gestalten sich die Chancen für diese Operation, wenn die Diagnose auf endoskopischem Wege frühzeitig gestellt wurde.

Harrison hält bei grofsen Steinen oder Tumoren die perineale Drainage für besser.

Auch Fenwick betont die Vorteile der kystoskopischen Untersuchung. Tumoren der Blase, welche vom Rectum aus tastbar seien, solle man nicht operieren. Er hat bei 500 Fällen von Blasentumoren 153 mal operiert und nur 11 Todesfälle gehabt.

von Hofmann-Wien.

Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase. Von Dr. Paul Baatz-Königsberg. (Monatsb. f. Urolog. VII. Bd., 8. Heft.)

Nach einer kurzen Aufzählung und kritischen Würdigung der bisher in der Litteratur mitgeteilten Fälle von Protozoen in der menschlichen Harnblase berichtet der Verf. über eine Beobachtung in der Königsberger Universitäts-Frauenklinik. Bei einer 41jährigen Frau stellten sich in den ersten Schwangerschaftsmonaten Zeichen einer leichten Blasenreizung ein. Der Urin, der unter allen Kautelen der Blase entnommen wurde, zeigte kleine, weifse punktförmige Trübungen, die sich mikroskopisch als Trichomonas vaginalis repräsentierten; aufserdem fanden sich spärliche Leukocyten. Alle therapeutischen Versuche, die Protozoen zu beseitigen, blieben erfolglos. Der Verf. bespricht eingehend die Naturgeschichte der Trichomonen, ihre Färbbarkeit mit Anilinfarbstoffen, die vergeblichen Züchtungsversuche. Er nimmt an, dafs die Amöben aus der Vagina in die etwas klaffende und weite Urethra eingewandert sind und in der leicht entzündeten Harnblase einen günstigen Nährboden gefunden haben, als prädisponierendes Moment sieht er die Gravidität an. Wenn bisher trotz des häufigen Befundes von Trichomonas

in der Vagina dieses Protozoon mit absoluter Sicherheit jetzt zum ersten Male in der Blase gefunden wurde, so liegt der Grund vielleicht darin, dafs der Urin nicht frisch genug untersucht worden ist; gehen doch die Tierchen schon nach 1—2 Stunden im erkalteten Urin zu Grunde.

Ludwig Manasse-Berlin.

Ulcer of the bladder. Von L. E. Schmidt. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1902, 19. Juli.)

Verf. beschreibt die verschiedenen Arten der Blasengeschwüre und bespricht ihre Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie. Er führt 5 von ihm beobachtete Fälle an. Bei der Behandlung haben Irrigationen der Blase wenig Wert; bedeutend wirksamer ist die Curette und der Thermokauter.

Dreysel-Leipzig.

Über die Urogenitaltuberkulose des Weibes. Von K. Klieneberger. Inaug.-Diss. Kiel.

Klieneberger hat 54 Fälle von weiblicher Urogenitaltuberkulose zusammengestellt Von diesen waren 7 Fälle primäre Tuberkulose, wahrscheinlich durch Coitus hervorgerufen. Unter den 47 Fällen sekundärer Tuberkulose waren siebenmal die Harnorgane, dreizehnmal die Genitalien isoliert an Tuberkulose erkrankt, und 27mal war das Urogenitalsystem kombinirt affiziert.

Federer-Teplitz.

Tuberculosis of the bladder. Von P. J. Freyer. (Edinb. Med. Journ. 1902, Jan.)

Die Blasentuberkulose, die sich am häufigsten zwischen dem 15. und 35. Lebensjahre findet, kann eine primäre und sekundäre sein. Nicht selten, und bisweilen auch für lange Zeit, ist Hämaturie das erste und einzige Symptom; erst später treten dann Schmerzen und Harndrang auf. Die Hämaturie ist von sehr wechselnder Intensität. Ein zeitiges und wichtiges Symptom ist die ohne Schmerzen erfolgende Expression einiger Tropfen Blut nach dem Urinieren. Die Differentialdiagnose zwischen Stein und Tuberkulose der Blase ist häufig sehr schwierig; eine Entscheidung ist meist nur mittels des Cystoskopes oder der Steinsonde resp. durch den Nachweis von Tuberkelbazillen möglich. Beim Blasenstein werden Schmerzen und Blutung durch Bewegung vermehrt, was bei Tuberkulose nicht der Fall ist. Bei der lokalen Behandlung der Blasentuberkulose ist das Sublimat am wirksamsten. Dreysel-Leipzig.

Suppuration of the pervious urachus. Von Dugan. (St. Paul Med. Journ. Nov. 1902.)

Ein 4jähriges Mädchen erkrankte plötzlich unter Schmerzen im Unterleib, Fieber und Erbrechen. Bald stellte sich auch Urinretention ein, so dafs nach 6 Tagen katheterisiert werden mufste. Der Urin war normal. 8 Tage nach Beginn der Erkrankung zeigte sich rasch zunehmende Schwellung und Rötung um den Nabel. Incision und Auskratzung des Abscesses. Bei näherer Untersuchung stellte sich heraus, dafs man es mit dem oberen Ende des zum Teile durchgängigen Urachus zu thun hatte.

von Hofmann-Wien.

Cysten des Ureters und des umliegenden Gewebes. Von B. Sinnreich. (Zeitschr. f. Heilkunde 1902, März.)

Es handelt sich um eine 35jährige Frau, die beständig über heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium klagte. Mittels des Cystoskopes liefsen sich kleine gestielte Cysten an der linken Uretermündung nachweisen. Der Urin war normal. Die Diagnose wurde auf Wanderniere mit Inkarzeration und sekundärer Hydronephrose gestellt. Da eine medikamentöse Behandlung ohne Erfolg blieb, wurde operativ vorgegangen Es fand sich eine Cyste, die excidiert wurde. Nach Nephropexie trat Heilung ein. Die Cyste war eine paranephritische und hatte sich wahrscheinlich aus einem überzähligen Ureter infolge Obliteration des peripheren Endes entwickelt. Dreysel-Leipzig.

The diagnostic and therapeutic value of ureteral catheterization: with report of a case. Von Gross. (New York Med. Journ. Sept. 13, 1902.)

G. schildert zunächst den Wert des Ureterenkatheterismus in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht und berichtet dann über folgenden Fall: Ein 33jähriger, an chronischer Gonorrhoe und Prostatitis leidender Mann wurde mit Albargin, Arg. nitric. und Prostatamassage behandelt. Trotzdem unter dieser Therapie die Prostata normalen Charakter annahm, blieb der Urin trübe und eitrig. Bei der Kystoskopie fand man die Gegend der rechten Uretermündung injiziert und gerötet. Aus dem rechten Ureter entleerte sich trüber, aus dem linken klarer Urin. Es wurde daher die Diagnose auf rechtsseitige Pyelitis gestellt und 10 Instillationen mit je 10,0 Gramm einer 1‰ Höllensteinlösung in das Nierenbecken und in die Blase vorgenommen. Heilung. von Hofmann-Wien.

Treatment of calculs of the lower end of the ureter in the male. Von H. Young. (Americ. Medicine 1902, 9. Aug.)

Verf. bespricht die Behandlung der am unteren Ende des männlichen Ureters befindlichen Steine und führt zur Illustration 4 Fälle an. Bei dem ersten Falle war der Stein wahrscheinlich schon 27 Jahre im linken Ureter. Der Stein wurde mittels extraperitonealer Lithotomie entfernt. Bei dem zweiten Falle war der Stein am vesikalen Ende des Ureters eingekeilt. Die Diagnose und Entfernung erfolgte mit Hilfe des Cystoskopes. Der dritte Kranke beherbergte einen Ureterstein, der ca. 2 cm oberhalb des Orificiums sich befand. Durch reichlichen Wassergenuſs gelang die Ausstoſsung des Steines. Bei dem vierten Falle wurden 3 groſse Steine vom unteren Ende des linken Ureters durch extraperitoneale Incision entfernt.

Verf. giebt eine Übersicht über die Litteratur und bespricht in groſsen Zügen die Anatomie und Pathologie der Uretersteine.

Dreysel-Leipzig.



Les injections épidurales et leurs applications. Von R. Duhot. (Ann. de la Policlin. centr. de Bruxelles 1902 S. 265.)

D. hat nach der Methode von Cathelin folgende Fälle mit epiduralen Injektionen behandelt: 2 Fälle von Impotenz, wovon 1 geheilt, 1 gebessert wurde, 2 Fälle von krankhaften Samenverlusten mit wesentlicher Besserung, 1 Fall von Cystitis tubercul. mit nur vorübergehender Besserung, 1 Fall von Enuresis nocturna, der zwar gebessert wurde, bei dem aber die Zeit der Beobachtung bis jetzt eine zu kurze war, um ihn als definitiv geheilt anzusehen. In den beiden ersten Fällen wurde Yohimbin (20 Tr. einer 1 %igen Lösung), in dem Falle von Blasentuberk. Kokain (1 %), in sämtlichen übrigen Fällen physiologische Kochsalzlösung eingespritzt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

3. Erkrankungen der Prostata

Über die Aberration von Prostatadrüsen und ihre Beziehung zu den Fibroadenomen der Blase. Von Ch. Thorel. (Bruns' Beitr. z. klin Chir. 36. Bd. 1902, S. 630.)

Th. hat 4mal bei Männern von 20—50 Jahren diese Gebilde, deren Gröfse von der einer Linse bis Bohne schwankte, gesehen. Sie safsen ziemlich genau in der Mitte zwischen den Einmündungsstellen der beiden Ureteren und sprangen als runde, oberflächlich glatte, scharf begrenzte Knoten aus der Submucosa ins Blasenlumen vor. Mikroskopisch repräsentierten sie sich im wesentlichen als rundliche Drüsenschläuche mit niedrigem hellen Cylinderepithel, dessen Kern, basal gelagert, ziemlich dunkel koloriert war. Diese Epithelbekleidung erhob sich an verhältnismäfsig vielen Stellen zu kleinen papillären Erhebungen mit zartem bindegewebigen Grundstock versehen. Nur selten waren im Inneren kolorierte Körper von dem Charakter der geschichteten Prostatakonkretionen zu sehen. Aufserdem waren in 2 Fällen mehrere mit geringen Detritusmassen angefüllte, ausführende Kanäle vorhanden. In den beiden anderen Fällen haben wir es offenbar mit beginnenden, aus verlagertem Prostatagewebe hervorgegangenen Geschwulstbildungen zu thun und zwar bei dem einen, wegen der überwiegenden Zusammensetzung aus Drüsenschläuchen, mit einem Adenofibrom, und bei dem anderen, wegen Zurücktretens der Drüsenläppchen unter der massiven Entwickelung des Bindegewebsstromas, mit einem Fibroadenom der Blase.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Perineale Prostatektomie. Von Zuckerkandl. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6, 1903.)

Z. berichtete in der Wiener Gesellschaft der Ärzte über einen 75jährigen Mann, dessen Prostata so vergröfsert war, dafs sich weder weiche, noch starre Instrumente in die Blase einführen liefsen. Z. legte daher die Prostata mittelst perinealen Bogenschnittes los, spaltete ihre Kapsel und enukleirte die Drüse in 2 Hälften. Aufserdem wurde ein Konkrement aus der Blase entfernt. Naht. Verweilkatheter. Heilung.

von Hofmann-Wien.

Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren. Von Kapsammer. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5, 1903.)

Bei dem 40jährigen Patienten bestanden seit einigen Monaten zunehmende Harnbeschwerden. Die Prostata erwies sich im Anfang als normal, 4 Wochen später aber zeigte sich zunehmende Vergröfserung. Zweimal war vollständige Harnverhaltung aufgetreten. 6 Monate nach Beginn der Erkrankung entleerte der Patient per urethram einen Gewebsfetzen, dessen histologische Untersuchung Sarkom ergab. Ein operativer Eingriff wurde verweigert. Die Prostata nahm zunächst an Gröfse zu, doch gingen fortwährend Tumorstücke ab, und 2 Monate später war das Organ wieder kleiner. Bald stellten sich heftige Kreuzschmerzen und Fieber, sowie Parese der rechten unteren Extremität ein, und einen Monat später (8 Monate nach Beginn der Erkrankung) erfolgte der Exitus. Der Fall ist besonders dadurch bemerkenswert, dafs die Harnverhaltung zu einer Zeit auftrat, als sich die Prostata bei der Rektaluntersuchung noch als unverändert zeigte. Histologisch erwies sich der Tumor als Sarkoma enchondromatodes. In der Prostata ist ein ähnliches Neoplasma noch nicht beschrieben. von Hofmann-Wien.

Erwiderung und Gegenerwiderung

der Herren Dr. **Goldberg** und Professor **Kutner** betr. die Prüfung der Kutnerschen Sterilisationsapparate.

(cf. Heft 7, 1902 und Heft 2, 1903.)

Herr Professor Kutner hat in der Nummer II dieses Jahrganges mir den Vorwurf gemacht, ich hätte behauptet: die Leistungsfähigkeit seiner Sterilisationsapparate sei nicht geprüft worden, und diese Behauptung wäre unwahr. Zum Beweise, dafs meine Behauptung unwahr sei, berief er sich auf die Publikation seiner Versuche. Demgegenüber stelle ich fest: Ich habe nicht behauptet, dafs die Leistungsfähigkeit der Apparate nicht geprüft sei, sondern nur, dafs sie nicht erwiesen sei. Hiernach ist der Vorwurf von Herrn Kutner gegenstandslos und unzutreffend. B. Goldberg.

Zu der vorstehenden Erwiderung habe ich zu bemerken: Dem Sinne nach kann es für keinen unbefangenen Leser zweifelhaft erscheinen, dafs Herr Goldberg in seiner Arbeit unter dem Begriff „die Leistungsfähigkeit prüfen“ thatsächlich „die Leistungsfähigkeit beweisen“ verstand. Klammert sich Herr Goldberg an das Wort, so kann der Vorwurf der Unwahrheit fallen gelassen werden. Die Sache wird hiervon nicht berührt. Wenn für Herrn Goldberg nicht bewiesen ist, was für alle Welt nach meinen Versuchen im Kochschen Institut, nach den zahlreichen Nachprüfungen und nach 10jähriger praktischer Erfahrung thatsächlich als bewiesen gilt, so ist das eine Privatangelegenheit von Herrn Goldberg, für die wohl niemand ein Interesse hat, weder die Öffentlichkeit noch ich selbst. R. Kutner.

Über Hypoplasie der Prostata.

Von

Dr. **Fritz Rörig,**

Wildungen-Braunschweig.

Die angeborene Atrophie oder, wie analog Virchows „Hypoplasie des Uterus“ der Zustand besser zu nennen wäre, die Hypoplasie der Prostata ist eine Anomalie, die im Verhältnis zu anderen Mifsbildungen oder Erkrankungen des Organes nur sehr selten zur Beobachtung kommt. Vergröfserungen der Drüse mit ihren Folgezuständen gehören ja mit zu den häufigsten Erscheinungen der urologischen Praxis. Weit seltener schon wird man eine Verkleinerung, eine Atrophia prostatae, eine Rückbildung aus einem früheren normalen Zustand verzeichnen können. Eine Rarität aber wird eine Hypoplasia prostatae sein, eine auf fötaler oder infantiler Entwicklungsstufe stehen gebliebene Drüse bei einem Erwachsenen. Wiederholt ist dieser Bildungsfehler mit anderen, das Leben verkürzenden Hemmungsbildungen wie z. B. der Ectopia vesicae zusammen beobachtet. Da die Prostata erst in den Pubertätsjahren ihre volle Reife erlangt, wird man erst von dieser Zeit ab von einem atrophischen Zustand reden dürfen. Gewifs mag es Fälle von Hypoplasie auch bei Erwachsenen geben, die keine oder doch nur unbedeutende klinische Erscheinungen machen und darum nicht zu ärztlicher Beobachtung kommen, jedenfalls sind einwandfreie Fälle in der Litteratur nur sehr spärlich zu finden. Sehr erfolgreiche Studien über Kleindrüsen hat Prof. Englisch gemacht, dessen Erfahrungen auf diesem Gebiet zweckmäfsig allen späteren Arbeiten als Grundlage dienen.

Ganz anders wie die Hypoplasia prostatae verhält sich wegen des normalen bezw. abnormen Zustandes der Ovarien bezw. der Testikel die Hypoplasia uteri, die analoge Entwicklungshemmung des entsprechenden Organes beim weiblichen Geschlecht. Denn erstens kommt eine Hypoplasia uteri häufiger vor und zwar zweitens meist bei Individuen, die, gut gebaut und voll entwickelt,

nach Figur und Wuchs durchaus als Repräsentanten ihres Geschlechtes gelten können, während es sich hier, wie die bisher beschriebenen Fälle beweisen, um allgemein schwächlich entwickelte Personen handelt. Die Hypoplasia uteri macht das Weib für seine Geschlechtsbestimmung, die Fortpflanzung, je nach dem Grade der Anomalie schlecht geeignet bezw. untauglich, bringt ihm aber für Gesundheit und Leben keinen Schaden. Dieselbe Entwicklungshemmung der Vorsteherdrüse zeitigt dagegen durch ihre eigentümliche Lage und zwiefache Bestimmung Zustände, welche die Geschlechtsfähigkeit des Betreffenden wohl auch beeinträchtigen, welche aber vermöge der Einbezeihung des Organes in den Schliefsapparat der Blase funktionshemmend, ja zerstörend auf die gesammten Harnorgane wirken und dadurch früher oder später zu einer Lebensgefahr werden können.

Nachdem mir ein Fall von Hypoplasia prostatae vorgekommen, habe ich die Ergebnisse der letzten 300 von mir vorgenommenen Untersuchungen der Vorsteherdrüse, über die ich mir genauere Aufzeichnungen gemacht, aus meinem Journal ausgezogen, das Material hierzu verwertet. Die Untersuchten hatten mich wegen der verschiedensten Krankheitserscheinungen der Harn- und Geschlechtsorgane aufgesucht. Von den 300 Patienten boten das Bild

einer	Hypertrophia prostatae	77
„	chron. Urethritis	44
„	Neurasthenie bezw. Nervosität	26
„	Cystitis bezw. Urethrocystitis	24
eines	Blasensteines	15
„	Nierensteines	15
einer	chron. Prostatitis	15
„	akuten bezw. subakuten Urethritis	12
„	harnsauren bezw. oxals. Diathese	11
„	Impotenz	9
„	Striktur	8
„	Pyelitis	6
„	Tabes dorsalis	5
„	Nephritis	5
„	Urogenitaltuberkulose	5
„	Prostatitis acuta	5
„	Enuresis nocturna	3

einer	Blasenneurose	2
eines	Blasenkrebs	2
„	Nierenkrebs	2
„	Prostatakrebs	1
eines	Nierengumma	1
einer	Phorphaturie	2
„	Phimose	1
„	Urethralzerreifsung	1
„	Arteriosklerose	1
von	Hämorrhoiden	2

Über das Alter der Betreffenden finde ich folgende Angaben:

Es standen im Alter von

1—10	Jahren	3	Patienten
11—20	„	10	„
21—30	„	64	„
31—40	„	59	„
41—50	„	47	„
51—60	„	47	„
61—70	„	44	„
71—83	„	26	„

Bei diesen 300, den verschiedensten Altersstufen angehörenden, wegen der mannigfaltigsten Leiden mich konsultierenden Personen habe ich eine auffallend kleine Drüse gefunden — achtmal oder in 2,66 % der Fälle. Die Untersuchung fand statt mit der Olive bezw. einer Metallsonde und dem per rectum tastenden Finger, in zahlreichen Fällen auch noch mittels Kystoskopes. Der Grad der Rückbildung bezw. der mangelhaften Anbildung schwankt natürlich innerhalb ziemlich bedeutender Grenzen. Dem entsprechend verhält sich auch der Zustand des Harnapparates, wie auch die Schwere der Krankheitserscheinungen. Angeboren ist die Kleindrüse, wie ich weiter unten ausführen werde, einmal, erworben siebenmal.

Folgende acht Fälle habe ich als verwertbar ausgezogen:

1. Fr. 49 J. alt. Prostata gleichmäfsig klein, weich-elastisch, scharf begrenzt, nicht empfindlich. Pollakiurie, Dysurie.

2. Gl. 25 J. Prostata rechts normal grofs, links fast nichts vorhanden. Chron. Urethritis gonorrhoica.

3. P. 28 J. Drüse gleichmäfsig klein, weichelastisch, links ein Knötchen im weichen Drüsengewebe. Chron. Gonorrhoe.

4. Th. 25 J. Rechts erbsengrofses, scharf umschriebenes, links zwei kleine Knötchen, hochgradig druckempfindlich. Urogenitaltuberkulose.

5. H. 75 J. Gleichmäfsig rückgebildete, in drei Lappen angedeutete, derbe Drüse. Senile Atrophie.

6. M. 38 J. Drüse in beiden Seitenlappen klein, weich, nicht empfindlich. Blase nicht entartet. Chron. Urethrocystitis. Polyarthritis gonorrhoica.

7. W. 31 J. Links das äufsere Segment zu fühlen, rechts nichts vorhanden, früher incomplete Retentio, jetzt kein Residualharn. Chron. Urethritis gon. Prostatitis.

8. T. 23 J. Kaum zu fühlendes, erbsengrofses Knötchen, Samenbläschen nicht palpabel. Geringe Atrophie der Hoden, stärkere des Penis. Hypoplasia prostatae.

Sechsmal ist der Schwund ein die ganze Drüse und ziemlich gleichmäfsig umfassender, zweimal ein nur einseitiger. Entsprechend dem ursächlich am meisten verzeichneten Leiden, der chronischen Gonorrhoe, gehören auch meine oben aufgeführten Kranken zumeist dem Alter an, in welchem dies Leiden am häufigsten auftritt, dem jüngeren und mittleren Mannesalter.

Fall 1 weist nach Mastdarm wie Blase zu eine recht kleine Drüse auf von weich-elastischer Konsistenz; er ist seiner Ursache nach nicht leicht zu registrieren. Die Anamnese des 49 Jahre alten, zierlich gebauten Mannes bietet keine Anhaltspunkte. Er ist im übrigen als völlig gesund zu bezeichnen, kam zu mir mit den Symptomen beginnender Prostatahypertrophie; die Blase war klein, fafste nur einhundert Gramm, zeigte im Kystoskop leicht trabekulär veränderte Wandungen, enthielt keinen Fremdkörper. Die Hoden waren normal, der Urin gesund. Eine schwere Sondenkur, indifferente dehnende Blasenwaschungen beseitigten die Beschwerden völlig. Trotz des geringen Alters des Patienten möchte ich die Ursache dieser Kleindrüse, da Entzündung, Druck, Kachexie kausal auszuschliefsen sind, in seniler Involution suchen.

In gleicher Weise dürfte Nr. 5 unter diese Rubrik zu zählen sein; hier handelte es sich um einen 75 jährigen Herrn, dessen ganzer Corpus senil, verbraucht war.

Bei Nr. 4 handelte es sich um einen 25 jährigen, aus kerngesunder Familie stammenden, anämischen, schlecht genährten Mann, der als kleiner Junge angeblich nach einem Fall von einem Tisch eine Kyphose der Wirbelsäule davongetragen hatte, abgesehen davon bis zu seinem 17. Jahre gesund geblieben war. Damals traten die ersten Symptome von Hodentuberkulose auf, welche 3 Jahre später, im Jahre 1897, doppelseitige Kastration nötig machten. Danach ca. 2 Jahre lang leidliches Wohl-

befinden. Mir kam Patient zuerst im Herbst 1901 zu Gesicht mit ausgesprochenen Symptomen vorgeschrittener Harnblasentuberkulose. Tag und Nacht bestand halbstündlich quälender Harndrang, intensiver terminaler Schmerz beim Urinieren; hierzu gesellte sich ein bohrendes Gefühl in der Prostatagegend beim Sitzen, Druck auf die Kyphose beim Liegen, so dafs der Zustand schlimmer kaum sein konnte. Die Blase fafste 30 bis 40 Gramm, der Urin enthielt zeitweise Blut; oft konnten Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Die Lunge blieb bis zum Schlufs gesund. Die Prostata war in diesem Falle bis auf drei, völlig voneinander getrennte, scharf umschriebene Knötchen geschwunden. Rechts ist ein solches von Erbsengröfse, links sind zwei noch kleinere zu fühlen; die Knötchen sind äufserst druckempfindlich. Das Zwischengewebe ist häutig, eine in die Blase eingeführte Olivensonde erscheint unmittelbar unter dem tastenden Finger. Eine Besichtigung der Blase konnte hier natürlich nicht vorgenommen werden. Wir haben in diesem Falle eine stark ausgeprägte Atrophia prostatae vor uns, deren Genese leicht verständlich ist; konnten doch drei verschiedene Momente dabei mitwirken, die doppelseitige Kastration, die allgemeine Abnahme der Kräfte und die lokale Tuberkulose.

Stark atrophisch ist auch die Drüse bei einem Herrn, Nr. 7, meiner Aufstellung, der vor zwei Jahren wegen einer bösen chronischen Prostatitis in meine Behandlung gekommen war, nachdem er mehrere Male Tripper, Nebenhodenentzündung und Leistendrüsenvereiterung durchgemacht hatte. Die Behandlung bestand in der Hauptsache in Auspressen der Prostata, Einlegen von Metallsonden und Instillationen. Als der Herr sich im Sommer 1902 wieder vorstellte, war vom rechten Prostatalappen ein kaum fühlbarer Rest, vom linken nur ein schmales Kreissegment übrig geblieben. W. ist heute gesund, ist seit 2 Jahren verheiratet, ist Vater eines Kindes, hat eine gesunde Frau. Der Harn wird leicht und völlig entleert, während vor 2 Jahren, wohl unter dem Einflufs entzündlicher Kongestion, wochenlang 60—120 Gramm Residualharn vorhanden waren. Wie W.s Vaterschaft beweist, mufs der noch vorhandene Rest der Prostata genügen, durch sein Sekret das Sperma funktionsfähig zu machen. Die übrigen oben mitangeführten Fälle bieten keine Besonderheiten; ich beschränke mich daher auf das bereits von ihnen Gesagte.

Um nach Burckhardts Schema zu registrieren, würden die 4 Fälle gonorrhoischer Natur als entzündliche Atrophie, Nr. 5 und eventuell Nr. 1 als senile Atrophie, Nr. 4 als durch Trauma, Entzündung und Kachexie zusammen bedingt zu bezeichnen sein, während Nr. 8 eine angeborene Atrophie, eine Hypoplasia prostatae darstellen dürfte. Mit ihm beschäftige ich mich im folgenden.

T. Schuhmachergeselle, 23 Jahre alt, stammt aus völlig gesunder Familie, in der weder Tuberkulose noch Lues vorgekommen zu sein scheint. Beide Eltern leben und sind gesund, ebenso ein Bruder. Mifsbildungen irgend welcher Art sind in der Familie nicht bekannt. T. war bei seiner Geburt äufserst schwach entwickelt; über etwa vorhanden gewesene Harnstörungen in den ersten Lebenstagen, Verlagerungen der Hoden etc. wissen die Eltern nichts anzugeben. Doch ist ihnen schon in den ersten Jahren eine auffallende Kleinheit der äufseren Genitalien an diesem, ihrem ersten Sohn aufgefallen, zumal durch Vergleich mit den Organen des wenig jüngeren Bruders. Patient hat dann als Kind jahrelang das Bett genäfst. Aus den nächsten Jahren bis zur Pubertätszeit ist Wissenswertes nicht zu erwähnen. T. kam zu einem Schuster in die Lehre, blieb körperlich stets hager, doch war er dabei leistungsfähig in seinem Beruf und ausdauernd. Mit 20 Jahren, im Laufe des Jahres 1900 traten zuerst und ohne äufsere Veranlassung spannende Schmerzen im Unterleib auf, quer über der Symphyse beginnend. Von hier aus strahlten sie auch entlang den Harnleitern zu den Nieren aus, oft von Hitzegefühl oder Frösteln begleitet. Harnstörungen leichterer Art, wie häufig auftretender Drang, kraftloses Ablaufen des Urines, Nachträufeln, auch momentanes völliges Versagen des Strahles waren im Verlaufe der letzten Monate wiederholt aufgetreten, wurden jedoch, weil jedesmal spontan Besserung eintrat, nicht weiter beachtet. Der spannende Schmerz über der Symphyse trat anfangs nur selten auf, hielt auch nur kurze Zeit an, wenn T. sich alsbald Bewegung machte, und einige Male kleine Mengen Harn abgegangen waren. Die Attacken traten in der Folgezeit häufiger und heftiger auf, liefsen auch nicht so bald mehr nach, der Urin flofs nur tropfenweise nach starkem Pressen ab, das Allgemeinbefinden, der Schlaf litten, Patient magerte sichtlich ab, wurde matt, obwohl der Appetit gut blieb. In der schmerzfreien Zeit gingen die Harnentleerungen noch verhältnismäfsig leicht vor sich, wenn sich auch hierbei eine Abnahme der treibenden Kraft wohl feststellen liefs. Nun endlich entschlofs sich T., einen Arzt zu Rate zu ziehen. Dieser soll ihn für völlig gesund erklärt, ihm zur Stärkung seiner Nerven kühle Sitzbäder verordnet haben. Im Oktober und November wurden die Schmerzen in der Nierengegend stärker, es kam zu wirklichem Schüttelfrost. Nicht lange nachher bemerkte T. zum ersten Male nächtliche Inkontinenz, im Januar 1901 auch unwillkürlichen Harnabgang im wachen Zustand. Angesichts dieser Erscheinungen soll man Cystitis diagnostiziert, Fol. uvae ursi verordnet haben; zugleich wurden vom Arzte selbst Sublimatblasenspülungen an fünf aufeinander folgenden Tagen vorgenommen. Diese riefen aufsergewöhnlich heftige Reizerscheinungen, stundenlang dauernden, qualvollen Drang hervor, so dafs von weiteren Spülungen

Abstand genommen werden mufste. Man beschränkte sich in der Folgezeit wieder auf Verabreichung von diuretischen Thees und Applikation von Bädern. Bis zum Sommer wechselte der Zustand sehr; bald trat Harnverhaltung auf, die heftige Schmerzanfälle auslöste, wenn nicht zeitig der Katheter angewendet wurde, bald lief der Harn unwillkürlich ab. Mit diesen Erscheinungen kam T. im Sommer 1901 zum ersten Male nach Wildungen. Soweit aus seinen Angaben ersichtlich, hat man ihm damals nach genauer Untersuchung eine mäfsige Trink- und Badekur sowie den regelmäfsigen Gebrauch des Katheters viermal täglich empfohlen. Diese Ordination hatte zur Folge, dafs die Schmerzen in Blasen- und Nierengegend schwanden, im ganzen folgenden Jahre nur zweimal auftraten. Der Wildunger Aufenthalt bekam recht gut. Der Katheter blieb von nun ab ein Schutzmittel; jeder Versuch, denselben fortzulassen, löste alsbald die alte Spannung und Frostschauer aus. T. fühlte sich in dieser Zeit ganz wohl, hatte aber natürlich den brennenden Wunsch, vom Katheter befreit zu sein. Dieser Wunsch führte ihn im nächsten Winter für ein Vierteljahr in die Hände eines Naturheilkünstlers, dessen Kunst aber auch im Stich liefs. — Von neuem in ärztlicher Behandlung, wurde abermals ein Versuch gemacht, dem Leiden durch lokale Mafsnahmen, diesmal durch Höllensteinanwendung beizukommen. Dieselben ungewöhnlich heftigen Reizerscheinungen wie nach dem Sublimat, Erbrechen und länger dauernde Beeinträchtigung des Appetites veranlafsten es, dafs man schon nach wenigen Tagen von weiteren Spülungen absah. Im August 1902 kam dann T. zum zweiten Male nach Wildungen und in meine Behandlung.

Aus der Anamnese will ich noch nachtragen, dafs T. niemals geschlechtskrank gewesen ist, dafs er noch nie — nach seiner Angabe — mit einem Mädchen verkehrt hat. Onanie giebt er zu getrieben zu haben, jedoch nur ganz kurze Zeit. Unwillkürliche nächtliche Samenentleerungen sind nur alle 2—3 Monate aufgetreten, im letzten ganzen Jahr sogar nur 2—3 mal, dann nur nach lokalen therapeutischen Eingriffen und stets bei schlaffem Glied. Steinchen sind nie abgegangen, Blut ist im Harn nie beobachtet worden. Die Menge des letzteren betrug durchschnittlich ein Liter in 24 Stunden. Seit einem Jahre etwa ist die Möglichkeit, spontan zu urinieren, völlig verloren gegangen. Anfangs entleerte er damals mit dem Stuhlgang eine gröfsere Menge Urin, das Quantum nahm mehr und mehr ab, beträgt zur Zeit nur noch Tropfen. Der Versuch, im Stehen zu urinieren, bringt nichts.

Bei des Patienten zweiter Ankunft in Wildungen konnte ich folgenden Status aufnehmen: T. ist ein schlank gewachsener, ca. 170 cm grofser Mann mit mäfsig entwickeltem Muskelsystem, geringem Fettpolster, schwacher Ernährung. Die inneren Organe sind gesund, Mifsbildungen fehlen. Das Haupthaar ist dünn, der Bart kaum andeutungsweise vorhanden. Pupillar- und Patellarreflexe sind normal. Bei der Inspektion des Abdomen fällt auf eine aufserordentlich schwache Entwicklung der äufseren Genitalien, des Penis und des Skrotum: sie dürften an Gröfse etwa den Organen eines 14-Jährigen entsprechen. Die Pubes sind genügend voll. Die Hoden sind kleiner, als man sie bei einem 23-Jährigen erwarten sollte, jedoch ist der Unterschied hier nicht so augenfällig als bei dem Penis. Die Hoden weisen im übrigen, soweit durch Palpation erkenntlich, ebenso wie die Nebenhoden und Samenleiter keine

Abnormität auf; es besteht keine Hydro-, keine Varicocele. Die Blasengegend wölbt sich nicht vor; die gefüllte Blase ist von den Bauchdecken aus deutlich zu fühlen, ein Druck auf sie wird unangenehm empfunden, ebenso ein Durchgreifen des unteren Nierenpoles rechts wie links. Die Nieren selbst sind gerade eben noch zu fühlen, ein fluktuierender Tumor an dieser Stelle besteht nicht. Die Untersuchung vom Mastdarm aus zeigt das auffallendste Symptom, zumal nach Einführen einer Metallsonde in die Harnröhre. Genau in der Mittellinie nämlich, auf der Sonde reitend, liegt ein einziges, erbsengrofses, hartes, rundes Knötchen mit glatter Oberfläche; es hebt sich scharf von der Umgebung ab, ist nur mäfsig druckempfindlich. Von der übrigen Prostata ist nichts vorhanden. Das übrige Gewebe, das man zwischen Sonde und Finger abtasten kann, entspricht an Stärke dem der Pars membranacea. Die Samenbläschen sind nicht zu fühlen. Führt man ein starres Instrument in die Harnröhre ein, während man vom Mastdarm aus den Finger kontrollierend vorschiebt, so fühlt man, wie vor dem vordringenden Instrument eine quere Falte dicht vor dem Blaseneingang gelegen, zurückweicht, sich dabei verstärkt, dann nach Senken des Handgriffes des Instrumentes weicht, unter diesem schwindet. Es ist dies die von Englisch beschriebene Falten- oder Klappenbildung, die das Hindernis für die spontane Harnentleerung darstellt. Wie weit bei ihrer Bildung Schleimhaut und Muskularis beteiligt, vermag ich nicht anzugeben; Drüsengewebe hat zu ihrer Bildung wohl nicht beigetragen, da die geringen drüsigen Überreste in dem beschriebenen Knötchen vereint zu sein scheinen. Ein ähnliches angeborenes Gebilde bei ähnlichen Harnerscheinungen hat Poppert bei einem 24 jährigen Manne beschrieben — übrigens bei normal entwickelter Prostata. Es handelte sich um eine 3—4 cm hohe, 1—2 cm lange halbmondförmige Schleimhautfalte mit Muskelfasern.

Das Glied ist, wie gesagt, auffallend klein, die Harnröhre dabei verhältnismäfsig weit, für Nr. 23 Charrière gut durchgängig, sie ist nicht empfindlich. Nélatonkatheter passieren meist anstandslos, härtere finden vor dem Blaseneingang das eben beschriebene Hindernis. Die Untersuchung auf Stein fällt negativ aus, jedoch läfst sich schon mit der Steinsonde feststellen, dafs die Blase stark trabekulär entartet ist.

Um nun ein vollkommenes Bild dieses bei einem 23-Jährigen mit gesundem Rückenmark auffälligen Befundes zu haben, nahm ich gleich am nächsten Tage eine Kystoskopie vor, die ich nach vier Wochen beim Beschlufs des Kuraufenthaltes wiederholte. Da die Harnröhre gar nicht, die Blase auch nur gegen Spannung empfindlich sich zeigte, eine Spannung aber zu vermeiden war, habe ich eines Anaestheticum dabei nicht bedurft.

An dieser Stelle möchte ich nachtragen, dafs der mit Katheter entnommene Urin schwach sauer reagierte, leicht getrübt war, keinen üblen Geruch zeigte, eine nur geringe, dem Eitergehalte entsprechende Eiweifsmenge enthielt, mikroskopisch neben den Leukocyten nur Blasenepithelien verschiedener Form und Harnbakterien erkennen liefs. — Schon nach wenigen Spülungen ist der Blaseninhalt klar, trotzdem Patient sich seit einem Jahre viermal täglich katheterisiert hat, trotzdem seit Monaten keine Spülungen vorgenommen sind. Die Einführung des Kollmannschen Katheterkystoskopes gelingt vermöge dessen Krümmung sehr leicht.

Die Blasenschleimhaut ist in toto gleichmäfsig blafs rosa (es wurde kein Anaestheticum angewandt), glatt, schwach glänzend, hat keine Schleimauflagerungen, zeigt nur schwach gezeichnete Gefäfse, keine Ekchymosen. Die Blasenwandung ist im Zustande hochgradiger trabekulärer Entartung; man könnte das aufserordentlich fein verzweigte Netzwerk treffend mit dem Innern einer Herzkammer vergleichen, deren Balken und Bälkchen oben in der Kuppel wie durch einen Schleier sichtbar werden, in den Seitenteilen, aber auch auf dem Boden unverschleiert deutlich zu Tage treten. In den seitlichen und hinteren Partien besteht das Gitterwerk aus zahlreichen gleichmäfsig feinen, zarten Fäden. Die Nischen sind schmal und klein, doch tief, auf dem Boden dagegen fallen einige lange, kräftige Züge auf, welche weitmaschigere Räume zwischen sich fassen. Die beiden Harnleitermündungen liegen deutlich sichtbar auf stark in das Cavum vorspringenden Wülsten, sie erscheinen ganz reizlos. Rechts zieht sich zum gleichseitigen Harnleiterwulst ein in der Mitte ampullenartig aufgetriebener Strang, eine zwischen beiden liegende tiefe Nische teilweise verdeckend. Links wird der sagittal nicht merklich verkürzte Fundus von mehreren dünneren Streifen durchzogen. Das Trigonum ist wellig verändert, ein Ligamentum interuretericum tritt kaum hervor. Ein echtes Divertikel weist die Blasenwand nicht auf. Die Falte am Blasenausgang, die Ursache der Harnverhaltung, vom Rectum aus, wie oben gesagt, deutlich zu fühlen, wölbt sich auch im kystoskopischen Bilde stärker vor, als man das bei gesunden Blasen sieht. Ihr Rand ist auch nicht gleichmäfsig, entspricht nicht einem Kreissegment, sondern einer mit mehr oder weniger starken Zacken besetzten Linie. Beide Ureterenmündungen lassen klaren Harn hervorsprudeln.

Stimmt nun unsere Beobachtung ganz mit dem überein, was die bisher beschriebenen Fälle charakterisierte? Nach Englisch mufs eine Prostata, die als angeborene Kleindrüse gelten soll, folgende Bedingungen erfüllen: 1. mufs sie normale Konsistenz haben, 2. mufs anamnestisch jede Krankheit ausgeschlossen sein, welche einen Schwund der Drüse herbeigeführt haben könnte, 3. mufs es sich um Personen über 20 Jahre handeln, da erst in diesem Alter die Prostata ihre volle Ausbildung erreicht hat. Ad 2 nennt er an nicht kongenitalen Formen 1. die Atrophia senilis, 2. Atr. cachectica, 3. Atr. functionalis, 4. Atr. inflammatoria, 5. Atr. ex compressione. Burckhardts Werk „Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata“ enthält dieselbe Einteilung, nur ist bei ihm die Atr. functionalis und inflammatoria zusammen als entzündliche aufgeführt. An Krankheiten, welche einen Schwund der Drüse herbeiführen, führt Launois in seiner Arbeit „de l’Atrophie de la prostate“ als ursächlich bekannt an: Erkrankungen der Hoden und Nebenhoden, besonders solche nach Parotitis, einigen Formen von Angina, nach Typhus, Pocken, Rheumatismus, nach Tripper und Syphilis. Keine der genannten Krank-

heiten ist hier vorausgegangen, keine der citierten erworbenen Formen würde hier zutreffen.

Eine Hypoplasia prostatae ist nach den bisherigen Beobachtungen stets mit schwächlicher Anlage des ganzen Körpers, besonders mit Tuberkulose kompliziert gefunden, ziemlich regelmäfsig auch mit Atrophie der Hoden, der Nebenhoden und des Penis, einige Male mit mangelnder Erektionsfähigkeit, mit Impotentia coëundi. T. hat mit Ausnahme und trotz seines Blasenleidens keine andere Krankheit durchgemacht, hat also sich widerstandsfähig gezeigt, hat die Anstrengungen seines Berufes jederzeit gut überstanden; sein nicht sehr kräftig entwickelter Körper ist also stärker, als man vermuten sollte. T. ist nicht tuberkulös, Kehlkopf und Lunge sind völlig gesund; auch in seiner Familie sind suspekte Erkrankungen nicht bekannt. Seine Hoden sind kleiner als gewöhnlich, doch von normaler Form und Konsistenz; ich würde sie nicht als im Zustande der Atrophie befindlich bezeichnen, wenn nicht T.s ganzes Geschlechtsleben, die mangelnde Libido, das Fehlen der Erektionen, die grofse Seltenheit der Entleerung von Samenflüssigkeit, die von Jahr zu Jahr stets seltener geworden, darauf hinwiesen, dafs die Arbeitsleistung der Geschlechtsdrüsen eine abnorm schwache, stets schwächer werdende ist. Als Ausdruck einer geringen sexuellen Veranlagung mag noch die Kleinheit des Penis gelten, die, wie gesagt, am auffälligsten ist. Dafs die Vorsteherdrüse, den eigentlichen Geschlechtsdrüsen, den Hoden, untergeordnet, bei Entartung, Verlagerung oder Mangel derselben ebenfalls eine Rückbildung eingeht ist bekannt. Auf diese Kenntnis stützte man sich, wenn man die Hypertrophia prostatae durch Wegnahme der Hoden zu behandeln vorschlug. Da nun in unserem Falle die Hoden wohl im Zustand der Rückbildung sich befinden, die Prostata aber im höchsten Mafse atrophisch bezw. hypoplastisch ist, so wie man sie bei Kastraten z. B. findet, ist der Rückbildungsprozefs der Vorsteherdrüse sicher nur zum Teil auf einen ähnlichen primären Vorgang in den Hoden zurückzuführen; es mufs noch ein anderes Moment mitgewirkt haben, die Atrophie zu einer so hochgradigen zu gestalten. Auf einen Punkt möchte ich hier die Aufmerksamkeit lenken. Englisch hat bei Untersuchung einer gröfseren Anzahl Leichen neugeborener oder wenige Tage alter Kinder über Erwarten häufig eine die Entleerung der Blase hindernde Vergröferung des Colliculus seminalis gefunden, die her-

vorgerufen wurde durch einen angeborenen Verschlufs des Sinus pocularis. Diese Retentionscyste wölbte sich in Fällen von längerem Bestand des Verschlusses sogar bis zur Mastdarmfläche der Prostata vor. Wäre es nicht möglich, dafs dies Gebilde, das sich innerhalb und auf Kosten der Prostata in fötaler Zeit ausdehnen konnte, das, wie oben genannter Forscher nachgewiesen hat, trabekuläre Hypertrophie der Blasenwandungen selbst Erweiterungen der Harnleiter und Nierenbecken im Gefolge haben kann, wäre es nicht möglich, dafs dies die Prostata in ihrer Entwicklung so schädigen kann, dafs sie dauernd auf einer fötalen Stufe stehen bleiben mufs? Könnte ein Verschlufs des Sinus pocularis hier nicht ursächlich mitgewirkt haben?

Von mehreren Seiten wurde eine besonders geringe Widerstandskraft einer solchen Blase gegenüber infizierenden Keimen festgestellt; es wäre ja auch zu verwundern, wenn eine seit Jahren erkrankte Blase, die in den zahlreichen Nischenbildungen so günstige Bedingungen zur Ansiedlung von Lebewesen bietet, die vom Patienten in diesem Falle einem Schustergesellen — täglich mehrmals durch Katheter entleert werden mufs, nicht bald einen schweren Katarrh acquirierte. Auffälligerweise hat sich nun T.s Blase, die übrigens, im Gegensatze zu andern Beobachtungen, nicht überdehnt ist, so schwer degeneriert ihre Wandungen auch sind, bis jetzt fast katarrhfrei gehalten. Mag daran nun die kurze Dauer des besonders gefährlichen Stadiums der Incontinenz, mag eine besondere Sorgfalt des Patienten beim Katheterisieren, mag eine geringe Empfänglichkeit der Blase oder ein glücklicher Zufall schuld sein, die ständige Gefahr einer schweren Infektion bleibt bestehen, solange Patient auf den Katheter angewiesen ist. Ihn entbehren, die Blase spontan und willkürlich entleeren zu können, ist darum gleichbedeutend für den Patienten mit der Befreiung aus einer grofsen Gefahr. Die Veränderung, welche der Blasenhals bei der Hypoplasie bezw. einer früh entstandenen Atrophie der Prostata erfährt, ist ähnlich der bei der seltenen Klappen- oder Barrierenbildung bei Hypertophie, wie sie von Virchow, Monod (aus der Guyonschen Klinik), Charles Bell, Guthrie und anderen beschrieben wurde. Normaler Weise wird das Orificum vesicae nach oben fixiert durch das derbe und wenig nachgiebige Lig. suspensorium, das den Penis und mit ihm die Urethra an die Symphyse anheftet, und nach unten durch die Prostata, die sie gegen das Rektum

und die Perinealfascie zu festhält. Ihre Ruhelage entspricht also der Diagonale des Parallelogramms dieser beiden Kräfte. Aus der Nachgiebigkeit des einen oder anderen Faktors ergiebt sich ihre Beweglichkeit (Casper). Das Bindeglied zwischen beiden Kräften ist der Sphinkter vesicae internus, ein den Beginn der Harnröhre prismatisch umgebender Ring aus Kreisfasern. Je kleiner nun die Vorsteherdrüse entwickelt ist, um so kleiner ist auch dieser Ring, und um so weniger Stütze und Halt findet er an der Vorsteherdrüse. Zieht sich der Ring zusammen, so schiebt sich der hintere Teil über die Lichtung der Harnröhe, gleich der Sehne eines Kreises vor, bildet daselbst einen Vorsprung (Englisch). Dieser Vorsprung ist membranartig, unterscheidet sich also anatomisch wesentlich von dem Hindernis bei der Hypertrophie, während der Effekt, die Verlegung der Harnröhrenmündung, die degenerierende Wirkung auf die Blase und die oberen Harnwege der gleiche ist.

Die Therapie ist nun bestrebt gewesen, die Ursache der Harnverhaltung, die Falte am Blasenausgang zu beseitigen. Ich sehe davon ab, die verschiedenen zu diesem Zwecke empfohlenen, teilweise auch ausgeführten Methoden zu citieren. Einen bemerkenswerten Erfolg haben sie im allgemeinen nicht gehabt, so dafs Burckhardt darüber sagt: „In der Mehrzahl der Fälle bietet die Behandlung keine grofsen Aussichten auf Erfolg; einer ausgebildeten Atrophie gegenüber sind wir machtlos.“ Wegen des Widerstandes des Patienten wäre es mir in diesem Falle auch unmöglich gewesen, eine der Methoden anzuwenden: Ich habe mich daher bisher darauf beschränkt, durch konsequentes Anwenden schwerer Metallsonden in steigender Stärke die störende Falte allmählich auszugleichen, ohne mir allerdings sehr viel hiervon zu versprechen. Die Hauptsache wird einstweilen bleiben, dem Patienten gröfste Vorsicht und peinlichste Sauberkeit beim Katheterismus einzuimpfen, um ihn so vor der Gefahr drohender Infektion zu bewahren. Ich erwähne noch, dafs Englisch und Trendelenberg durch Einschneiden und Abtragen der Klappe nach Eröffnung der Blase in je einem Falle bei Atrophie der Drüse, Eigenbrodt bei Klappenbildung bei normaler Prostata ebenfalls durch Resektion der Klappe Heilung erzielt haben.

Aus der urologischen Abteilung des Triester Zivilspitales (Primararzt Dr. Nicolich).

Beitrag zur Leukoplakie der Blase.

Von

Dr. **Carlo Ravasini,** Assistent.

Auf der V. Versammlung der „Association française d'urologie“ habe ich über einen Fall von totaler Leukoplakie der Blase berichtet. In diesem Falle handelte es sich um einen Kranken, bei dem wir mit dem Cystoskope einen die Blasenwand infiltrierenden Tumor diagnostiziert hatten und die Cystostomia suprapubica ausführten, um dem herabgekommenen und leidenden Patienten Erleichterung zu verschaffen. Nach Eröffnung der Blase erkannten wir den Irrtum, da wir eine Blasenschleimhaut vor uns hatten, die überall äufserst verdickt und hart, stellenweise höckerig war und glänzend weifsliches Aussehen hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der durch Auskratzen gewonnenen Stücke gewann ich ein äufserst interessantes mikroskopisches Präparat, das ich in meiner citierten Publikation genau beschrieben habe. Patient starb 20 Tage nach der Operation, und die Blase war nach dem Tode so verändert, dafs man die während der Operation und mit dem Mikroskope gemachte Diagnose bei der Obduktion nicht hätte feststellen können.

Nun bin ich in der Lage, den zweiten bisher auf der urologischen Abteilung des Triester Zivilspitales beobachteten Fall von Leukoplakie der Blase studieren zu können, über den ich kurz berichten will.

S. M., 67 Jahre alt, Weber, wurde am 27. XII. 1902 aufgenommen, da er seit einem Jahre Schmerzen bei gesteigerter Urinfrequenz verspürte. Der Urin war trübe, jedoch nie blutig gewesen. Bei der Aufnahme hatte Patient intensive Schmerzen in der unteren Bauchgegend, die besonders stark am Ende der Miktion waren. Letztere war für den Kranken eine wahre Pein, da er fortwährend bei Tag und bei Nacht mit dem Uringlase in der Hand sein mufste.

Bei der Untersuchung der Harnröhre mit der Knopfsonde fand man, dafs die Prostata endourethral hypertrophisch war, während die Untersuchung per rectum keine Vergröfserung derselben erkennen liefs. Die Blasenkapazität war minimal. Mit der Steinsonde fühlte man keinen Stein. Im Urin fand man Eiter und Blut. Harnmenge 2300 g. Densität 1019.

Die Cystoskopie war äufserst schmerzhaft, auch trübte sich die Flüssigkeit leicht, da die Untersuchung Blutung verursachte. Trotzdem gelang es uns, an der hinteren Blasenwand eine begrenzte Vorwölbung der Blase zu bemerken, deren Oberfläche hie und da weifslich war und Unebenheiten aufwies. Beim Schütteln des Kranken bewegten sich die weifslich glänzenden Flecke nicht. Sonst war die Blasenschleimhaut sehr stark injiziert und hie und da mit Trabekeln versehen. Die beiden lateralen Prostatalappen ragten in die Blase hinein, während ein Mittellappen nicht existierte. Unsere Diagnose lautete: Die hintere Blasenwand infiltrierender, vielleicht inkrustierter Tumor. Wir stellten auch die Möglichkeit in Aussicht, dafs die weifsen Flecke Eiterflocken wären.

Am 5. I. 1903 führte Herr Primärarzt Nicolich, von mir assistiert, die Cystotomia suprapubica aus. Die mit dem longitudinalen Schnitte freigelegte Blase war an ihrer Oberfläche mit sehr weiten geschlängelten Blutgefäfsen reichlich versehen. Nach ihrer Incision erkannten wir, dafs ihre Wandung sehr stark verdickt war. An der hinteren Blasenwand bemerkten wir einen über 20hellergrofsen, weifslichen, glatten und glänzenden, unregelmäfsig begrenzten Fleck, an dem vier erbsengrofse Phosphatkonkremente adhärent waren. Die seitlichen Prostatalappen waren gestielt in die Blase vorspringend. Die ganze Schleimhaut war sonst gerötet, geschwollen und verdickt. Die Inkrustationen wurden mit der Hand entfernt, der leukoplakische Fleck wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, wobei man bemerkte, dafs er nicht geringen Widerstand demselben entgegensetzte. Sodann wurde noch mit dem Thermokanter die blutende Wunde verbrannt. Die zwei Prostatalappen wurden ligiert und entfernt. Die Mündungen beider Ureteren waren nicht im leukoplakischen Fleck einbegriffen. Aus denselben sah man klaren Harn träufeln.

Es wurde die Blase mit dem Doppeltubus von Guyon-Perrier drainiert und partiell genäht. Der Verlauf war äufserst günstig. Am 7. Tage nach der Operation wurde die Drainage entfernt und der Dauerkatheter eingelegt. Nach 18 Tagen war die Operationswunde geschlossen, und es wurde der Dauerkatheter entfernt. Am 16. II. 1903 wurde eine Cystoskopie ausgeführt, und wir fanden eine für mehr als 150 g Flüssigkeit tolerante Blase, welche mit einer blassen Schleimhaut versehen war. Keine Spur von Leukoplakie. Keine Prostata sichtbar.

Als Pat. das Spital verliefs, urinierte er zweimal nachts, drei- bis viermal während des Tages, ohne jeden Schmerz, entleerte vollkommen die Blase und hatte fast klaren Harn.

Histologischer Befund:[1])

An der Oberfläche der mit dem scharfen Löffel gewonnenen Stücke bemerkt man eine stellenweise ziemlich dicke Schicht von verhornten Epithelzellen, welche an manchen Stellen sich fransenartig abheben. Diese Schicht ist zellenfrei. Nur dort, wo sie schmächtiger ist, findet man einige oblonge Kerne. Auf diese Schicht folgt eine breite Schicht von grofsen polyedrischen Zellen mit klarem Protoplasma und grofsem Kerne, in dem man 1—3 stark gefärbte Kernkörperchen bemerkt. An manchen Stellen sind diese Zellen sehr grofs, aufgetrieben und fast ungefärbt. Die der Hornschicht näheren Reihen sind

[1]) Herrn Prosektor Dr. Ferrari sage ich meinen besten Dank für die schönen Präparate.

weniger zellenreich, während die Anzahl der Kerne gegen die Tiefe progressiv zunimmt. Endlich kommt man auf eine Schicht von enggedrängten Zellen von länglicher Form, die sich an Papillen anschmiegen.

Diesen Typus finden wir in der Mehrzahl der Schnitte wieder. Nur stellenweise findet man unmittelbar an der Hornschicht einige spindelförmige, grofse, ganz mit Eleidinkörnchen gefüllte Zellen, welche einer granulierten Schicht entsprechen. Jedoch eine solche Schicht ist nirgends vollkommen gut ausgebildet, sondern man findet nur einzelne zerstreut liegende Zellen.

Die Submukosa, welche an einzelnen Stellen zu sehen ist, ist mit Lymphocyten infiltriert. Ihre Gefäfse sind dilatiert.

Dieser zweite Fall bietet aus mehrfachen Gründen ein Interesse. Während im ersten Falle die primäre Ursache der Leukoplakie nicht eruierbar war, ist sie im zweiten Falle in der Prostatahypertrophie zu suchen. Diese ist als Grundkrankheit anzusehen. Die zwei hypertrophischen Lappen der Prostata waren wie zwei Ventile, die sich an die innere Harnröhrenmündung ansetzten. Der dadurch verursachte chronische Reiz bewirkte eine Entzündung der Blase, welcher die Leukoplakie ihre Entstehung zu verdanken hat. Somit spielt eine chronische Entzündung die Hauptrolle. Dann beweist dieser Fall wieder einmal, dafs die Diagnose sogar mit dem Cystoskope schwer ist. Nochmals begingen wir den Irrtum, den Casper zugiebt, indem wir einen Tumor diagnostizierten. Die Diagnose war unmöglich, da der leukoplakische Fleck klein und ganz mit Salzen bedeckt war. Unsere Diagnose „inkrustierter Tumor“ ist wohl die naheliegendste gewesen.

Endlich schien mir der Fall äufserst wichtig, da wir durch eine komplizierte Operation man kann sagen vollkommene Heilung erzielten. Partielle suprapubische Prostatektomie und Zerstörung der Leukoplakie nach Entfernung der Inkrustationen führten zu diesem glänzenden Resultate, das sicherlich dauernd sein wird, da nicht mehr die Ursache zu einer Reizung der Blase besteht. Das Cystoskop hat uns bereits gezeigt, dafs die Blase nun in einem äufserst günstigen Zustande sich befindet.

Hallé betont die Seltenheit der Fälle von Leukoplakie. Seitdem Rokitansky zuerst davon Erwähnung gethan hat, sind nicht viele Fälle beschrieben worden. Hallé verfügt über sieben im Hospital Necker gesammelte Krankengeschichten. Allerdings sind die Fälle partieller Leukoplakie relativ häufiger. Jedoch der Umstand, dafs in diesem Falle die primäre Ursache bekannt ist und dafs der Ausgang so günstig gewesen ist, veranlasste mich, denselben zu veröffentlichen.



Zur Entstehung der Trippermetastasen.

Von

Dr. **Oskar Hoffmann**, Dresden.

Über die Ursprungsverhältnisse derjenigen gonorrhoischen Metastasen, welche sprungweise erfolgen und nicht Organe betreffen, die im Zusammenhange mit der erkrankten Urethra liegen wie Nebenhoden, Prostata, Blase und Nieren oder durch äufsere Übertragung infiziert werden können wie die Augen, sind die Ansichten durchaus noch nicht geklärt. Ich denke hier hauptsächlich an die gonorrhoischen Erkrankungen der Gelenke, der Pleura, des Peri- und Endokardiums und anderer Organe, die nur auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen von den wandernden, aus ihrer Ursprungsstelle fortgeschwemmten Gonokokken getroffen werden können. Ich habe nun bisher in der Litteratur nirgends Erwähnung eines Umstandes gefunden, der meines Erachtens in erster Linie diese Verschwemmung der infizierenden Keime zu begünstigen geeignet erscheinen mufs.

Es ist dies die Erektion.

Die gesunde Harnröhre hat in ihrer gleichmäfsig strukturierten faltenreichen, dehnbaren Schleimhaut Stoff genug, um selbst bei stärkster Erektion und Kohabitation keine übertriebenen Zerrungen, geschweige denn Einreifsungen zu erfahren.

Anders mufs es aber sein, wenn diese Schleimhaut infolge von Gonorrhoe mit Blut überfüllt, geschwollen und entzündlich infiltriert ist, und zwar nicht gleichmäfsig, wie dies ja in der Natur des erkrankten Organs liegt, sondern äufserst ungleichmäfsig, indem neben nur mäfsig entzündeten Stellen andere schwerer ergriffene, von entzündlichen Exsudaten durchsetzte, ihrer Elastizität mehr oder weniger beraubte Strecken liegen, die infolge der Einbufse freier Dehnbarkeit zu Zerrungen, wie sie die Erektion mit sich bringt, feine Einrisse erleiden müssen.

Diese Einrisse sind selbstverständlich die Ausfallspforten für den Gonococcus bezüglich für Strepto- und Staphylokokken, durch die sie in die Lymph- und Blutbahnen dringen und nun in denjenigen Körperteilen sich festsetzen können, die für sie durch ihre Organisation oder durch zufällige Disposition z. B. vorübergehend oder dauernd verminderte Widerstandsfähigkeit besonders zugänglich sich erweisen.

Es scheint überhaupt, als wenn eine Herabsetzung der Gesamtwiderstandskraft des Körpers und Störungen im Gleichgewicht der Funktionen der Entstehung von Trippermetastasen besonders günstig wären. Durch Not, Krankheit, Exzesse geistig und körperlich heruntergekommene Individuen oder solche Tripperkranke, die von schweren interkurrenten Krankheiten befallen werden, scheinen weitaus häufiger Metastasen der Gonorrhoe zu erleiden, als sonst normal sich verhaltende Gonorrhoiker, bei denen also Gesamtorganismus und Kräftezustand in Ordnung sind.

Es ist dies eine Beobachtung, die auch Dr. Oberländer in seiner Praxis zu wiederholten Malen zu machen Gelegenheit gehabt hat.

Von der Art der ersten Ansiedelungsstelle und von dem Grade der Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des befallenen Organes wird denn auch der mehr gutartige oder mehr maligne Charakter der erfolgten blennorrhoischen Komplikation abhängen.

Mit obiger Ansicht stimmt es vollständig überein, dafs die Tripperkomplikationen, von denen hier die Rede ist, weitaus häufiger im akuten und subakuten Stadium des Tripperverlaufes vorkommen, viel seltener in der chronischen Periode desselben.

Es erklärt sich dies einfach dadurch, dafs in letzterer Periode wieder eine gewisse Akkommodation der Schleimhaut Platz gegriffen hat und an Stelle der Auflockerung, Wulstung und Infiltration der Schleimhaut mehr und mehr wieder festere, bindegewebige Organisation getreten ist, die, wenn auch zum Teil narbig kontrahiert doch gegen Einreifsungen widerstandsfähiger geworden ist.

Mann sollte nun meinen, dafs wenn Erektionen ein so disponierendes Moment für diese Komplikationen abgeben, letztere viel häufiger eintreten müfsten, als es in Wirklichkeit geschieht; denn dafs mächtige Zerrungen und gewifs auch kleine Verletzungen der Schleimhaut bei Erektionen und dem nicht seltenen Priapismus der Gonorrhoischen häufig vorkommen, geht schon aus der überaus

grofsen Schmerzhaftigkeit hervor, über welche die Kranken dabei klagen.

Welcher Art die Umstände sind, die es verhindern, dafs nicht öfter durch Erektionen Trippermetastasen erfolgen, entzieht sich meiner Beurteilung. Jedenfalls könnte man verschiedene Hypothesen hierüber aufstellen. Vielleicht läfst es sich denken, dafs, weil die Blutfüllung der Schwellkörper bei der Erektion auf einem Stauungsvorgange beruht, mehr eine verschliefsende Wirkung desselben gegen Urethraschleimhautrisse, als eine ansaugende zur Geltung kommt, und dafs nur dann Wegspülung von Gonokokken eintritt, wenn obiges Verhältnis weniger ausgeprägt ist, natürlich immer Schleimhaut-Einreifsungen vorausgesetzt.

Es wäre nun wichtig, statistische Feststellungen darüber zu haben, in welchem Prozentsatz bei den Tripperhomplikationen, die nicht in der Kontinuität der ursprünglich erkrankten Urethra liegen und innere Organe betreffen, das männliche Geschlecht vertreten ist gegenüber dem weiblichen.

Bei dem letzteren kann durch verschiedene andere Vorgänge, z. B. durch Kratzen infolge von Juckreiz, durch zufällige Verletzungen oder solche, die durch Masturbation bez. Kohabitation gesetzt sind, die gleiche Überleitung von infizierenden Keimen in Blut- und Lymphbahnen erfolgen, wie beim männlichen Geschlecht durch einfache Erektionen.

Die Folgerungen, die sich für die Therapie, hier also besonders für die Prophylaxis ergeben, sind sehr einfach.

Die Tripperkranken müssen natürlich Erektionen bekämpfen, am besten durch Kälte-Applikation, vor allem aber ihrem häufigeren Vorkommen entgegenzuwirken suchen.

Zu diesem Behufe ist mit noch gröfserem Nachdrucke, als meist zu geschehen pflegt, zu fordern, dafs die Gonorrhoiker während der ersten Stadien ihrer Erkrankung die ganze Lebensweise ändern und nicht nur auf reizlose, sondern auch auf schmälere Kost sich beschränken, dafs sie allen Irritationen sexueller Art aus dem Wege gehen, geistige Überanstrengungen und sitzende Lebensweise nach Möglichkeit vermeiden, dafür mäfsige körperliche Ausarbeitung in freier Luft suchen und last not least, plethorischen Zuständen durch zielbewufstes Abführen vorbeugen.

Litteraturbericht.

1. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Recherche du bacille de Koch dans l'urine. Von L. Fournier und O. Beaufumé. (Soc. de biol. de Paris 15. Nov. 1902.)

Bei 15 Fällen verschiedener Formen von Lungenphthise konnten stets im Urin Tuberkelbazillen nachgewiesen werden; darunter waren verschiedene Fälle, in welchen die Diagnose erst auf diese Weise gestellt wurde. Dabei waren, wie die Autopsie mehrmals ergab, keine chron. Nierenläsionen vorhanden und Albumen nur in etwa der Hälfte der Fälle. Der Urin muſs zum Nachweis zentrifugiert und der Bodensatz in bekannter Weise gefärbt werden. Meist genügt ein Präparat.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Hématoscopie et uroscopie dans un cas d'hématochylurie tropicale. Von J. Labbé und L. Bernard. (Soc. de biol. 20. Dez. 1902.)

Bei diesem Patienten, dessen Erkrankung anscheinend von Filar. sanguinis herrührte, war im Blut ausgesprochene Eosinophilie. Der Urin enthielt eine groſse Anzahl mononukleärer Leuko- und Lymphocyten, auſserdem aber noch Blut und Chylus (Fett).

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Case of bullet wound of bladder and both hips: operation: recovery. Von Goodman. (Brit. Med. Journ. Jan. 17, 1903.)

Der Patient hatte einen Schuſs erhalten, welcher von rechts oberhalb des Trochanters so verlief, daſs sich die Ausschuſsöffnung dicht hinter der Incisura ischiadica sin. befand. Aus der Ausschuſsöffnung entleerte sich bei der Aufnahme (8 Tage nach der Verletzung) Urin. Temperatur 38,5. Es wurde die Urethrotomia ext. vorgenommen und die Blase von der Perinealwunde aus drainiert. Im weiteren Verlaufe muſsten wegen Eitersenkungen mehrere Gegenöffnungen angelegt werden, doch war der Patient nach circa $^1/_2$ Jahre nahezu vollständig wiederhergestellt.

von Hofmann-Wien.

Case of intraperitoneal rupture of the bladder treated by laparotomy and suture of the bladder sixty four hours after rupture: recovery after unusual complication. Von Daly und Harrison. (Brit. Med. Journ. Jan. 10, 1903.)

Der 36jährige Patient spürte beim Tragen einer Last plötzlich heftige Schmerzen im Abdomen. Er wurde ins Spital aufgenommen.

Mit dem Katheter entleerte man circa $^1/_4$ Liter klaren Urins. Am nächsten Tage stellte sich Erbrechen, kleiner Puls, beschleunigtes Atmen ein, und die Menge des mit dem Katheter entleerten Urins nahm ab. Es wurde daher 64 Stunden nach dem Unfalle die Laparotomie vorgenommen. In der Peritonealhöhle fand sich eine grofse Menge einer leicht getrübten, urinös riechenden Flüssigkeit. Keine peritonitischen Erscheinungen. Der Rifs, welcher sofort vernäht wurde, safs an der hinteren Blasenwand. Verweilkatheter. Trotzdem Fieber auftrat und sich der Patient einmal die frisch geheilte Wunde aufrifs, so dafs $^3/_4$ m Darm heraushingen, konnte der Patient nach 7 Wochen geheilt entlassen werden. von Hofmann-Wien.

Les conditions de l'intervention dans la chirurgie urinaire. Von F. Guyon. (La Presse méd. 1902, S. 1203.)

Die Hyperdistension der Blase ist die Hauptursache dafür, dafs die pathogenen Mikroorganismen Fufs fassen können, und die Ursache der lokalen und allgemeinen Beschwerden bei Patienten mit Retention liegt in der nicht genügenden oder nicht oft genug ausgeführten Entleerung der Blase. Bei Strikturkranken mit Retention mache man ungesäumt die Urethrotomia int. und lasse sich auch in dringlichen Fällen nicht durch die Erwägung zurückhalten, dafs der Patient eventuell durch die Operation zu Grunde gehen kann. Weiter wird die Absorption der toxischen Harnbestandteile durch Läsionen der Blase und ganz besonders durch solche der Harnröhre namentlich infolge des Harnröhrenschnittes begünstigt. Dagegen schützt einzig und allein der Verweilkatheter.

Die Nieren alter Urinkranker werden durch fortgesetzte Resorption, wenn auch kleiner Mengen, toxischer Produkte, die sie doch nicht in gleichem Tempo unschädlich machen können, vergiftet und ertragen daher minimale Schädigungen sehr schwer, wenn auch solche Patienten noch recht lange mit solchen funktionsuntüchtigen Nieren leben können. Hier hilft nur der Verweilkatheter, bis normale Temperatur erreicht ist und konstant bleibt. Er schützt auch vor allem vor reflektorischen Einflüssen auf die Niere, sei es von einer infizierten Blase aus oder von einer Niere auf die andere. Die frühere Furcht der Chirurgen vor dem Katheterismus bei Erkrankung der Niere ist heute absolut unberechtigt. Jedes infizierte Organ, sei es Blase oder Niere, mufs möglichst lange und sorgfältig drainiert werden; daher darf die Wunde weder einer infizierten Blase noch einer Niere sofort geschlossen werden. Die gleichen antiseptischen Mafsnahmen mache man aber schon vor jeder Operation. Bei einer steinkranken Blase beseitige man unbedingt vorher die Cystitis — durch Verweilkatheter und eventuelle Argent.-Instillationen —, unbeeinflufst durch die Erwägung, dafs der Stein den Katarrh hervorgerufen hat und ihn unterhält. Nur bei hochgradig infizierter Blase schlägt auch der Verweilkatheter fehl, weil in diesen Fällen sich zur aufsteigenden eine absteigende Infektion gesellt.

Prognostisch sehr ernst sind Fälle von persistenter Pollakiurie, selbst wenn der Urin klar ist, weil sie auf eine Niereninsufficienz hinweist. Dann verdient aber auch noch besondere Berücksichtigung die

Verdauung. Urinkranke mit Dyspepsie sind gewöhnlich hochgradig infiziert und intoxiert, meist vergesellschaftet mit Pollakiurie.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ureter-Catheterism.: Its purposes and practicability. With the presentation of a ureter-cystoscope for male and female. Von Lewis. (Ann. of Surg. Jan. 1903)

L. benützt ein Ureter-Kystoskop, welches aus einer einfachen, am visceralen Ende schnabelförmig gebogenen Röhre mit einer kleinen, wenig Hitze ausstrahlenden Glühlampe besteht. Dasselbe wird mittelst eines Obturators eingeführt, derselbe dann entfernt und das periphere Ende durch eine Glasplatte verschlossen. Vor der Untersuchung wird die Blase mit Luft gefüllt. Am unteren Teile des Kystoskops befinden sich zwei kleine Röhrchen zur Führung des Ureterenkatheters. Die Vorzüge dieses Kystoskops sind nach L. folgende: Da keine Linsen vorhanden sind, giebt es kein in der Gröfse verändertes oder umgekehrtes Bild. Durch die Füllung der Blase mit Luft ist eine Störung der Untersuchung durch Trübung des Blaseninhaltes ausgeschlossen. L. hat mit seinem Intrumente an zahlreichen Kranken Untersuchungen vorgenommen und war stets mit der Leistungsfähigkeit seines Kystoskops zufrieden.

von Hofmann-Wien.

Ureterovesical anastomosis: an improved method; report of two cases. Von Hunner. (Amer. Gynecol. Dez. 1902.)

H.s Methode besteht der Hauptsache nach in folgendem: Das Ende des Ureters, welches zur Implantation in die Blase bestimmt ist, wird einen cm weit gespalten, so dafs zwei laterale Lappen entstehen. Hierauf wird die Blase durch einen circa 3 cm langen Schnitt (working incision) eröffnet und von diesem aus an der Stelle, wo der Ureter in die Blase eingepflanzt werden soll, ein Skalpell durch die Blasenwand gestofsen. Hierauf werden die zwei Ureterenlappen durch Klemmzangen durch diese Öffnung durchgezogen und der Ureter oberhalb der Spaltungsstelle durch Matratzennähte an der Aufsenseite der Blase fixiert. Die zwei seitlichen Ureterenlappen werden von ihrer Serosa befreit, die Blasenschleimhaut an zwei Stellen excidiert und in die dadurch geschaffenen wunden Flächen die Ureterenlappen mittelst zweier Nähte eingenäht. Hierauf wird die Öffnung in der Blase verschlossen. H. hat diese Operation, nachdem er sie mehrmals am Tiere versucht hatte, in zwei Fällen am Menschen ausgeführt.

von Hofmann-Wien.

The surgery of the lower ureter with cases. Von Young. (Amer. Gynec. Dez. 1902.)

Y. schildert in diesem vor der Southern Surg. and Gynec. Assoc. gehaltenen Vortrage zunächst kurz die topographische Anatomie des unteren Ureters. Als Zustände, welche ein chirurgisches Eingreifen am unteren Ureter notwendig machen, bezeichnet Y.: Anomalien, Prolaps, Ureteritis, Steine, Neubildungen, Klappenbildung, Strikturen und Ureter-

fisteln. Was die Operationsmethode betrifft, so ist mit Ausnahme der intraureteralen und intravesikalen Läsionen der extraperitoneale Weg der beste. von Hofmann-Wien.

Calcul de la portion pelvienne de l'urétère. Von Legueu. (Soc. de chir. de Paris 26. Nov. 1902.)

Die Frau litt seit 7 Jahren an Nierenkoliken mit Hämaturie, die jedoch für Erscheinungen einer Appendicitis gehalten wurden. Die Patientin wurde ohne Erfolg operiert. L. wollte nun wegen Verdachts auf r. Nierenstein die Nephrotomie machen und entdeckte dabei im unteren Drittel des Harnleiters den Stein. Er entfernte zuerst die atrophische Niere, und nachdem die Lumbalwunde geheilt war, durch Inguinalschnitt den Ureterenstein. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Observations arising out of the geographical distribution of stone and calculous disorders. Von Harrison. (Brit. Med. Journ. Jan. 17, 1903.)

Von dem als Titel angeführten Thema ist in diesem Artikel verhältnismäfsig wenig die Rede, hingegen befafst sich H. eingehender mit der Frage der Steinbildung auf künstlichem Wege aufserhalb des Körpers und der Verhütung der Steinkrankheit überhaupt. Bei vorhandenen Steinen oder Neigung zu Steinbildung empfiehlt er aufser den verschiedenen Mineralwässern die „dutch drops", eine Mischung von Terpentin, Guajaktinktur, Spir. aether. nitric. mit etwas Ol. ambrae und Ol. cariophyll. Von sehr günstigem Einflufs ist auch Boracit (Magnesia boro-citrica), wie ein mitgeteilter Fall beweist, wo bei einem Steinkranken unter dem Einflufs dieses Mittels im Laufe von zwei Jahren 64 Steinfragmente im Gewichte von über 7 Gramm abgingen. Dieselben bestanden der Hauptsache nach aus Uraten. von Hofmann-Wien.

2. Erkrankungen der Prostata

La loge prostatique. Von R. Proust. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, S. 813.)

Nach den Untersuchungen P.s wird der die Prostata umschliefsende Hohlraum von hinten durch das vordere Blatt der Aponeurosis prostatoperinealis, seitlich durch die seitlichen Aponeurosen der Prostata gebildet, die aber in Wirklichkeit aus einem muskelfaserreichen Gefäfsnetz bestehen, die nach vorn konvergieren, so dafs der Hohlraum eine dreieckige Gestalt hat. Diese Scheidewände lassen sich sehr leicht von der Drüse loslösen. Vom vordern Winkel des Hohlraums gehen Bindegewebszüge zum präurethralen Muskelgewebe, wodurch ein medianes Septum gebildet wird, das die Prostata mit ihrem Hohlraum gewissermafsen in 2 Hohlräume teilt, wovon jeder einen Prostatalappen enthält. Bei der Prostatahypertrophie treten diese Verhältnisse noch deutlicher hervor. Man kann durch seitliche Einschnitte in die Wände des die Prostata um-

schliefsenden Hohlraumes leicht die Zweiteilung und das mediane Septum demonstrieren. Letzteres mufs man bei der Sectio perinealis unbedingt schonen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

La prostate et les vésicules séminales. Von A. Guépin. (Académie des sciences 1902, 5. Mai)

Nach G. bilden Prostata und Samenblasen nicht streng voneinander getrennte Organe, sondern stehen miteinander in inniger Beziehung. Daher sind bei einer Erkrankung der Prostata, vor allem einer chronischen, die Samenblasen immer miterkrankt. Nur durch manuelle Untersuchung vom Rektum aus läfst sich eine Beteiligung der Samenblasen konstatieren.

Auch bei der senilen Prostatahypertrophie sind die Samenblasen mitaffiziert, doch läfst sich ihre Erkrankung nur schwer feststellen. Karzinom, als Komplikation der senilen Prostatahypertrophie, geht ebenso oft von den Samenblasen als von der Prostata aus.

Bei Affektionen der Prostata müssen also die Samenblasen immer mitbehandelt werden. Dreysel-Leipzig.

Beiträge zur Behandlung der chronischen Prostatitis. Von P. Richter. (Deutsch. Medizinalzeitung XXII, 52.)

R. bespricht die schon allgemein bekannten und gebräuchlichen Methoden für die Behandlung einer chronischen auf Gonokokken-Infektion beruhenden Prostatitis: Massage, Elektrizität, Hydrotherapie und die medikamentöse Behandlung. Insbesondere empfiehlt er die Winternitzsche Kühlsonde. Federer-Teplitz.

The prostate and its relation to rectal disease. Von Martin. (Int. Med. Magaz. March 1903.)

M. weist auf den Zusammenhang hin, welcher zwischen Prostata und Rectum besteht, und betont, dafs Kongestionen im Gebiete des Plexus haemorrhoidalis gewöhnlich mit solchen des Plexus prostaticus verbunden sind und umgekehrt, so dafs das Prostataleiden nach Beseitigung der Rektalerkrankung oder in anderen Fällen die letztere nach Behandlung der Prostata schwindet. Die Kongestion des Rectums bekämpft M. durch Divulsion des Sphinkters. M. führt vier Fälle an, in welchen es gelang, bei geschwellter und sehr empfindlicher Prostata durch Divulsion des Sphinkters Heilung zu erzielen. von Hofmann-Wien.

Zur Krankenpflege bei Prostataleiden. Von Kornfeld. (Wiener med. Blätter 1900, Nr. 8.)

Bei Prostatikern fallen jene Mafsnahmen, welche zur Verhütung des raschen Fortschreitens des Prozesses getroffen werden können, zumeist in das Gebiet der Krankenpflege, so die Prophylaxe im Bezug auf die Lebensweise, Nahrung, Kleidung, Verhalten beim Urinieren usw. Wichtig ist die Darmfunktionsregelung. Die übermäfsige Bettruhe ist zur Verhütung andauernder kongestion zu vermeiden. Vor dem ersten Urinieren

morgens ist eine Minute lange Bewegung im Zimmer zu empfehlen, ebenso bei Harndrang nachts Aufstehen aus dem Bette. Coitus ist gestattet bei Vermeidung geschlechtlicher Exzesse. Sehr günstig wirken laue Sitz- und Vollbäder, allgemeine Köper- und regelmäfsige Bauchmassage. Rotwein ist gestattet. Jodhaltige Bäder, indifferente Thermen, Moorbäder sind von guter Wirkung, dagegen sind Brunnenkuren bei Kongestionszuständen zu vermeiden. Die instrumentelle Blasenentleerung erfordert grofse Vorsicht. Besonderer Pflege bedürfen die schweren, fieberhaften Fälle von Urosepsis; warme Betteinlagen, Wärmflaschen auf die Bauchgegend, gegen das Erbrechen Menthol, Resorcin, Kokain, gegen die kongestion der Prostata 4—8 Stück Blutegel am Perineum.

Federer-Teplitz.

Quelques particularités sur les caracteres microscopiques de la prostate et de la vessie des vieillards. Von Jastreboff. (Annal. des mal. des org. urin.-gén. 1902, Nr. 10.)

Nach der Theorie der Guyonschen Schule ist die primäre Ursache für die Dysurie der Greise in dem Schwächezustand der Blase und an zweiter Stelle in der Kongestion der Harnorgane zu suchen. Verf. untersucht nun, ob diese auf klinischen Erfahrungen basierte Theorie auch mit den anatomisch-histologischen Befunden übereinstimmt. Er hat bei 40 Individuen im Alter von 50—83 Jahren, von denen 11 bei Lebzeiten Miktionsstörungen hatten, die Prostata und Blase histologisch untersucht und vergleichsweise die Befunde bei jugendlichen Individuen von 20—30 Jahren herangezogen. Bei der Verschiedenheit der Befunde ist es unmöglich, einen allgemeinen Typus für die Struktur der greisenhaften Prostata aufzustellen. Jedenfalls aber herrscht in einer sehr grofsen Zahl von Fällen eine starke Entwickelung von intramediärem Gewebe, besonders von Bindegewebe auf Kosten des glandulären Gewebes vor. In dem intraglandulären Bindegewebe wurde stets eine Verminderung der elastischen Fasern, eine Degeneration und vollständiger Schwund derselben konstatiert. Der Schwund der elastischen Fasern, der mit einer Dilatation der Venen im Parenchym einhergeht, begünstigt den Kongestionszustand, der die Volumszunahme dieses Organs begleitet. Der primäre Schwächezustand der Blase im Greisenalter beruht ebenfalls auf Atrophie und Schwund der muskulösen und elastischen Elemente mit gleichzeitiger Dilatation der Venen, wodurch Kongestion und Abnahme der Funktionskraft der Blasenwände erfolgt. Diese Veränderungen, die unter dem Einflufs des Alters entstehen, werden ausgesprochener, wenn chronische Affektion der Blase und passive Dilatation derselben durch wiederholte freiwillige oder unfreiwillige Retention hinzukommen.

Schlodtmann-Berlin.

Abscès chauds de la prostate. Von Blanquinque. (Thèse de Paris 1902. Nach La Presse med. 1903, S. 44.)

Auf Grund von 26 Beobachtungen, die alle glatt geheilt sind, empfiehlt B. bei diesen Abscessen die Incision vom Rektum aus nach dem

Verfahren von Routier, indem der Anus mittelst eines Simsschen Spekulums dilatiert und dann ein 4 cm langer vertikaler Schnitt auf der Höhe der Geschwulst gemacht und nachher mit Gaze drainiert wird.
R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Goldmann. (Bruns' Beiträge Bd. XXXI, Heft 1.)

Goldmann macht darauf aufmerksam, dafs man als Ursache der Harnretention bei Prostatikern neben der Verengerung durch die vergröfserte Prostata die so oft vorhandene „Retroflexio vesicae“ zu wenig beachtet habe. Letztere entsteht dadurch, dafs die Blase in ihrem hinteren Abschnitte tief ausgebuchtet wird und hinter die vergröfserte intravesikal vorspringende Prostata heruntertritt, sodafs schliefslich der hydrostatische Druck des Harns die innere Öffnung verschliefst. Goldmann schlägt vor, die Blase an die vordere Bauchwand anzuheften, an einer vom Peritoneum freien Stelle. Federer-Teplitz.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Thorkild Rowsing, Prof. d. Chirurgie an d. Universität Kopenhagen. (Arch. f. klin. Chirurgie, 68. Bd., 4. Heft.)

Die Verwirrung und Unklarheit, die hinsichtlich der Prostatahypertrophie in der Behandlungsfrage noch herrscht, ist auf Rechnung der mangelhaften Kenntnis zu setzen, welche wir von dem eigentlichen Wesen und der Pathogenese dieses Leidens besitzen.

Autor bespricht die Guyonsche Theorie, wonach die Prostatahypertrophie nur ein Glied in einer universellen Arteriosklerose ist, die Myomtheorie, die zur Unterbindung der Aa. iliacae geführt hat, und endlich jene Theorie, durch welche die Prostatahypertrophie einfach als ein chronischer, durch gonorrhoische Infektion verursachter Entzündungsprozefs aufgefafst wird (Ciechanowski).

Indem R. das Unhaltbare der genannten Theorien nachzuweisen versucht, ist er der Ansicht, dafs, wie es die übereinstimmenden histologischen Untersuchungen der letzten Jahre ergeben, die Prostatahypertrophie durch eine Hyperplasie des Drüsengewebes verursacht wird. Die Funktion der Prostatadrüse unter normalen Verhältnissen besteht in der Absonderung eines Saftes, welcher die Lebensfähigkeit der Spermatozoen bedingt, mit anderen Worten, die Funktion der Prostata ist von wesentlicher Bedeutung für die Fortpflanzung. Dies vorausgesetzt, kann man eine Hyperplasie wohl als den rein reflektorischen Versuch der Natur auffassen, eine beginnende senile Insufficienz zu kompensieren, z. B. durch quantitative Vermehrung des Prostatasekrets dem qualitativ verminderten Werte abzuhelfen. Diese Hypothese wird durch die Thatsache gestützt, dafs konstant eine Atrophie des Drüsengewebes der Prostata auftritt, wenn der Zuflufs der Spermatozoen unterbrochen wird, sei es durch Kastration, sei es durch Krankheiten, die das Vas deferens zerstört oder schliefst.

Auf Grundlage dieser physiologischen und pathologisch-anatomischen Thatsache dürfte man a priori vermuten, dafs nur eine kurative Einwirkung auf die Prostatahypertrophie von den Behandlungsweisen zu erwarten ist, welche die Passage der Spermatozoen aufheben (Kastration und Vasektomie). Von den anderen Operationen ist hiernach nur eine vorübergehende Verminderung der Prostata zu erwarten.

Indem R. an der Hand seiner eigenen reichen Erfahrungen ausführlich die bekannten Behandlungsweisen der Prostatahypertrophie kritisch beleuchtet, kommt er zu folgenden Schlufsbetrachtungen:

Handelt es sich um einen Patienten, der bisher noch nicht behandelt worden ist und welcher an einer mittelstarken partiellen Retention leidet oder der dem ersten Anfall einer Totalretention ausgesetzt ist, so ist der Versuch mit einer regulären Katheterbehandlung zu machen.

Bei einer sehr grofsen Menge Residualharn, ohne dafs jemals Totalretention bestanden, empfiehlt R. die Vasektomie und eventuell die Prostatektomie, da die Katheterbehandlung so gut wie nie zur Besserung führt. Bei Patienten mit Totalretention, Cystitis und einer Prostata, die bei der Katheterisation oft Schwierigkeiten bereitet, wie Blutungen, Schüttelfröste, Temperaturerhöhungen hält R. die Cystotomie und gleichzeitig oder später die Vasektomie für indiziert, um eventuell, wenn die Infektion gehoben und die Prostata geschwunden ist, zu versuchen, die Fistel zu schliefsen.

Wo alle Versuche, ein natürliches Urinieren herzustellen, mifslingen, sei es durch Vasektomie, Kastration, Prostatektomie oder Bottinische Operation, bleibt nur die Wahl zwischen Cystotomie und regelmäfsiger Katheterisation.

Von der Bottinischen Operation sagt R., dafs er sie niemals zur Normalmethode machen würde und dafs er sie nur in den Fällen anwenden würde, wo die anderen Methoden im Stiche liefsen und wo die Patienten sich gegen die Cystotomie mit eventueller Exstirpation des Mittellappens sträuben.

S. Jacoby-Berlin.

Rétention prostatique guérie par l'opération de Bottini. Von R. Duhot. (Annal. de la policlinique centr. de Bruxelles 1903, S. 1.)

Ein 61jähriger Sattler litt seit ca. 7 Jahren an Urinbeschwerden, die in den letzten Jahren sich steigerten. Residualharn 250 g. Die Prostata ist, wie cystoskopisch festgestellt wurde, besonders im mittlern Lappen stark vergröfsert. Der mittlere Lappen wurde bei mit Luft gefüllter Blase und weifsglühendem Messer nach Bottini operiert. Der Patient ist seit über einem Jahr von seinen Beschwerden befreit. Residualharn 15 g. Der mittlere Lappen ist cystoskopisch verkleinert.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Indications de l'opération de Bottini. Von E. Desnos. (La Presse méd. 1902, p. 1059.)

D. hat folgende Modifikationen am Freudenberg'schen Incisor an-



gebracht: 1. hat er die Länge des Platinmessers variabel gemacht, so dafs dieses genau der Gröfse des zu durchschneidenden Gewebes angepafst werden kann; 2. die Schraube durch ein Triebrad, das in eine Zahnstange mit breiten Zähnen eingreift, ersetzt, wodurch sich der Operateur besser über den Widerstand des Gewebes orientieren kann. Indiziert ist die Operation nur in noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen von Hypertrophie, ferner bei jeder Art von mittlerem Lappen und bei querbalkenähnlichen Vorsprüngen. Sie versagt aber vollständig bei bedeutend entwickelten Seitenlappen und vor allem bei allgemeiner Vergröfserung des ganzen Organs. Und sie ist direkt kontraindiziert bei akuter Infektion der Prostata oder Blase, während die chronische häufig durch sie geheilt wird. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Hypertrophie der Prostata und galvanokaustische Behandlung nach Bottini-Freudenberg. Eigene Krankheitsgeschichte. Nach einem Vortrage. Von Bierbaum. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 47.)

Auf Grund höchstpersönlicher Erfahrung preist B. die Segnungen der Bottinischen Operation. Am 23. IV. v. J. wurde er von Freudenberg operiert und fühlt sich nunmehr von seinem jahrelangen Leiden befreit. Jesionek.

The present position of the treatment of enlargement of the prostate. Von Moullin. (Edinburgh Med. Journ. Oct. 1902.)

M. vergleicht die verschiedenen Methoden der Behandlung bei Prostatahypertrophie betreffs ihrer dauernden Wirkung. Am wenigsten hält er von der Katheterbehandlung, da dieselbe stets nur eine palliative und öfters mit Gefahren verbunden sei. Von besserer Wirkung ist die perineale und die suprapubische Prostatektomie. Durch diese Operation kann dauernde Heilung erzielt werden. Ihre Mortalität ist nicht grofs, besonders wenn der Eingriff frühzeitig vorgenommen wird. Auch die Bottinische Operation ist im Beginne, zumal wenn es sich um eine stark kongestionierte Prostata handelt, von guter Wirkung, sowie bei fibröser Prostata ohne besondere Vergröfserung. Sexuelle Operationen haben in der Regel nur vorübergehenden Erfolg, mit Ausnahme der Orchidektomie, welche in manchen Fällen günstige Dauerresultate zeigt. Suprapubische oder perineale Drainage der Blase sollte nur im Notfalle angewendet werden. von Hofmann-Wien.

The present state of the surgery of the Prostate. Von Wissard William. (Med. Journal LXXIV, 290, New York.)

Wenn der regelmäfsige Gebrauch des Katheters und anderer Palliativmittel nicht mehr imstande ist, die Beschwerden zu verringern, ist nach W. der chirurgische Eingriff indiziert. Je nachdem welcher Zweck verfolgt wird, kann man entweder perineal oder suprapubikal die Blase drainieren, oder die Öffnung der Blase auf das natürliche Niveau bringen durch Entfernung der im Wege stehenden Gewebe, oder auf Schrumpfung

der Prostata hinwirken. Je früher eine Operation vorgenommen wird, desto günstiger ist das Resultat. Über Bottinis Operation verhält er sich reserviert; die Whiles'sche verwirft er. Federer-Teplitz.

Surgery of prostatic obstruction. Von Schmidt. (Medicine. Detroit. Jan. 1903.)

Sch. unterscheidet 3 Gruppen von Prostatahypertrophie: 1. Knoten, die entlang der ganzen Urethra prostatica zerstreut sind. Solche Fälle sind zur Exstirpation der Prostata geeignet. 2. Wahre Hypertrophie des Organes, vorwiegend in der Gegend des Blasenhalses lokalisiert. Hier ist die Bottinische Operation angezeigt, doch nur nach vorausgeschickter Kystoskopie. Bei Entzündungsprozessen ist die Operation wenigstens für eine gewisse Zeit zu vermeiden. 3. Hypertrophie in Form von gestielten Tumoren. Therapie: Exstirpation. von Hofmann-Wien.

Prostatic hypertrophy. Von C. E. Chetwood. (New York Med. Journ. 1902, 31. März.)

Bei der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie bevorzugt Ch. in den meisten Fällen das Vorgehen vom Perineum aus. Er führt zunächst eine perineale Incision aus; stellt dann von dieser aus durch digitale Untersuchung die Beschaffenheit der Prostata fest und macht dann mit dem galvanokaustischen Messer je nach dem Falle eine mediane oder zwei laterale Incisionen. Die Blutung dabei ist meist sehr gering, die Heilung eine rasche. Die von Ch. auf diese Weise erzielten Resultate sind sehr gute. Dreysel-Leipzig.

A discussion on the treatment of chronic enlargement of the prostate. Von Freyer. (Brit. Med. Journ. Nov. 8, 1902.)

Fr. berichtet über eine weitere (vierte) Serie von 7 Fällen von Prostatahypertrophie, wo es ihm gelang, das vergröfserte Organ auf suprapubischem Wege aus seiner Kapsel in toto herauszuschälen. 1 Patient starb im Anschlufs an den Eingriff, die übrigen erholten sich und können jetzt die Blase spontan entleeren. Im ganzen hat Fr. diese Operation jetzt bei 21 Patienten im Alter von 58—79 Jahren ausgeführt und 19 mal vollständige Heilung erzielt.

Alexander macht einige Bemerkungen betreffs der Anatomie der Prostata und zwar besonders der sogenannten Kapsel. Er hält für die totale Entfernung der Drüse den perinealen Weg für den besseren.

Macewen hält ebenfalls den perinalen Weg für den besseren.

Lloyd glaubt, dafs Freyer 2 verschiedene Operationen ausgeführt habe, in einzelnen Fällen habe er die Seitenlappen enukleirt, in anderen die gesammte Drüse mit der Urethra prostatica entfernt.

Syms hält die perineale Route für die rationellste. Er enukleirt die Prostata, während dieselbe durch ein in die Blase gebrachtes Instrument, welches vorn eine mit Wasser zu füllende Auftreibung besitzt, in die Perinealwunde vorgedrängt wird. Er hat 21 Patienten auf diese

Art operiert und keinen Todesfall gehabt. Die Heilung war bei 20 eine vollkommene.

Auch Harrison spricht sich mehr für die perineale Prostatektomie aus.

von Hofmann-Wien.

Total exstirpation of the prostate: Freyers operation. Von Elsworth. (Brit. Med. Journ. Jan. 17, 1903)

E. berichtet über einen 67jährigen Prostatiker, welchem er die hypertrophierte Prostata nach Freyers Methode von einem hohen Blasenschnitte aus entfernte. Der Wundverlauf gestaltete sich sehr günstig. Am Ende der dritten Woche konnte der Patient spontan urinieren. Der exstirpierte Tumor hatte ein Gewicht von circa 100 Gramm.

von Hofmann-Wien.

Totalexstirpation der hypertrophierten Prostata. Von Zuckerkandl. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15, 1903.)

Z. stellte in der Wiener Gesellschaft der Ärzte einen 62jährigen Patienten vor, welchem er vor 3 Monaten die Prostata vom Perineum aus exstirpiert hatte. Das entfernte Organ wog 137 Gramm. Verweilkatheter. Derselbe wurde nach vier Wochen entfernt, und der Patient begann spontan zu urinieren. Jetzt besteht vollständige Kontinenz, und der Kranke entleert seine Blase vollkommen. von Hofmann-Wien.

Prostatectomy. Von Sinclair. (Brit. Med. Journ. Jan. 31, 1903.)

Im Anschlufs an mehrere von S., sowie von Mitchell und Kirk in der Ulster Branch of the Brit. Med. Assoc. demonstrierte Fälle von Prostatektomie entspann sich eine Diskussion über diese Behandlungsmethode. Sinclair hält die Prostatektomie auf suprapubischen Wege für die beste, da durch die perineale Methode der Sphincter urethralis verletzt werde, welcher von gröfserem Werte sei als der Sphincter internus. Mitchell und Kirk betonten die Notwendigkeit einer frühen Operation, solange Blase und Nieren noch gesund sind.

von Hofmann-Wien.

Cases of prostatectomy, with remarks on the operation. Von P. Thorndike. (Boston Med. and Surg. Journ. 1902, 28. Aug.)

Die Behandlung der Prostatahypertrophie kann auf palliative und operative Weise erfolgen. Die Zeit für einen operativen Eingriff ist gekommen, wenn die palliativen Mafsnahmen keinen Erfolg mehr haben. Die komplette Prostatektomie ist immer die Operation der Wahl, da sie die einzige Methode ist, die gleichmäfsig gute Resultate giebt. Die Operation soll zur Ausführung kommen, bevor sich sekundäre Veränderungen in Blase und Nieren eingestellt haben; in letzterem Falle, besonders dann, wenn bereits Entkräftung eingetreten ist, sind andere, weniger eingreifende, Mafsnahmen zu empfehlen.

Dreysel-Leipzig.

Pièce provenant d'une prostatectomie périnéale. Von P. Delbet. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 716.)

Die Prostata stammt von einem 65jährigen Manne und wiegt 32 g. Der Patient wurde vor einem Jahre wegen Prostataabscesses vom Perineum aus operiert und damals ein erbsengrofser Stein entfernt, ohne dafs eine Besserung seiner Beschwerden eintrat. Die Vorsteherdrüse wurde daher nach der Methode Albarran's mittels Sectio perinealis entfernt. Sie enthält zahlreiche wachholderbeerengrofse schwarze Konkremente und einen erbsengrofsen Stein. Der Kranke entleert jetzt vollständig klaren Urin; kein Residualharn. Die Blase ist aber insufficient, was offenbar von der Durchschneidung des Blasenhalses bei der Operation herrührt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Prostatectomie périnéale. Von Paul Delbet. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1902, No. 10.)

Bei der perinealen Prostatektomie ist das Verfahren gebräuchlich, die Urethra durch einen medianen Schnitt zu öffnen und mit dem Finger einzugehen. Verf. glaubt, dafs hierdurch die oft beobachtete spätere Inkontinenz zu stande kommt. Er schlägt daher eine Operationsmethode vor, bei welcher die Urethra unverletzt bleibt. Dazu ist es nötig, die Prostata in einer geeigneten, zugänglichen Lage zu fixieren. Verf. hat zu diesem Zwecke ein Instrumentarium konstruiert, mit welchem er die hintere Seite der Prostata leicht zugänglich macht und fixiert, und nimmt von hier aus die Enukleation vor.

Schlodtmann-Berlin.

Exstirpation intra-capsulaire de la prostate hypertrophiée. Von Rydygier. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1902, No. 12.)

Verf. empfiehlt statt der Enukleation der ganzen Prostatadrüse, welche mit gewissen Gefahren verknüpft ist und zu Verletzungen der Pars prostatica der Harnröhre mit nachfolgender Fistelbildung führen kann, eine intrakapsuläre Resektion der Prostata, ohne den der Urethra zunächst gelegenen Teil der Drüse mit zu entfernen.

Schlodtmann-Berlin.

Prostatectomy. Von Hutchinson. Brit. Med. Journ. Nov. 15, 1902.)

Die 180 Gramm wiegende Prostata wurde von einem hohen Blasenschnitte aus total aus der Kapsel herausgeschält. Heilung mit Wiederherstellung der Blasenfunktion nach 14 Tagen.

von Hofmann-Wien.

Prostate hypertrophiee et calculs enlevée par voie périnéale. Von Rasy. Soc. de chir. 18 Juni 1902.

Der 60jährige Kranke litt an starken Blutungen und intensiven Schmerzen beim Katheterisieren. Der r. Prostatalappen wurde mit einem Male, der linke, sehr zerreifsliche, stückweise entfernt. Das Organ enthielt 6 Steine von Haselnufs- bis Kastaniengröfse.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Tuberkulosis of the prostate. Von L. R. G. Crandon. (Boston Med. and Surg. Journ. 1902, 3. Juli)

Bei Tuberkulose der Urogenitalorgane ist die Prostata in zwei Dritteln der Fälle mitbeteiligt. Die Tuberkulose der Prostata kann primär und sekundär, eine ascendierende und descendierende sein. Klinisch besteht ein Katarrh der Prostata, aufserdem sind noch Schmerzen beim Urinieren, Harndrang vorhanden; bei Beginn des Urinaktes kommt es zur Entleerung von Blut. Die Prostata fühlt sich weich an und ist auf Druck empfindlich. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Steine und maligne Tumoren der Blase. Die Prognose ist immer ernst.

Dreysel-Leipzig.

3. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Cryptorchidism with a report of two cases of natural eunuchs. Von H. S. Anthony. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1902, 2. Aug.)

Die zwei von A. angeführten Fälle betreffen Erwachsene, bei denen jeglicher Geschlechtstrieb fehlte; von Hoden war keine Spur vorhanden; der Penis war so grofs wie bei einem 6jährigen Knaben.

Dreysel-Leipzig.

Testicle in perineum in an infant. Von Sharp. (Brit. Med. Journ. Jan. 3, 1903.)

Bei einem sonst gesunden Knaben fand sich der linke Hoden hinter dem Scrotum, während der rechte an normaler Stelle lag. Der dislocierte Hoden war nur wenig empfindlich und gegen den etwas erweiterten Leistenring zu verschieblich. von Hofmann-Wien.

Le glycogene dans le testicule. Von M. Loeper und Ch. Esmonet. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 529.)

Nur lebensfrische Organe dürfen zur Untersuchung verwendet werden. Bis jetzt ist Glykogen nur beim Menschen und Hunde nachgewiesen worden und zwar nur in den secernierenden Kanälen, also in den Tub. seminiparis. Hier ist es 1. in den Epithelzellen selbst staubförmig im ganzen Protoplasma, aber nicht im Kern verbreitet; 2. im Spermabrei in Form von Tröpfchen, aber nicht in den Spermatozoën selbst. Im Hoden der Föten aller Säugetiere ist Glykogen nachweisbar. Durch Ligatur des Vas deferens kann man Glykogen nicht zum Verschwinden bringen, wohl aber durch Unterbindung der Art. spermat. oder des Funic. spermat. Nach Injektion von Diphtherie-, Typhustoxin und Tuberkulin sowie von hochvirulenten Reinkulturen in die Art. spermat. verschwindet Glykogen vollständig, während die Injektion dieser Substanzen ins Hodenparenchym nur rein lokal wirkt. Nach Einspritzung von Tuberkelbazillen in die Art. sperm. verschwindet Glykogen, aber erst nach 33 Tagen. Bei der Hodentuberkulose des Menschen ist Glykogen

im Tuberkel, aber nur sehr spärlich in den Samenkanälchen nachweisbar. Desgleichen konnten die Verf. in einem Fall von Hodenkarzinom im Tumor diese Substanz nachweisen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Azoospermismus. Von Dick. (Med.-pharm. Bezirksverein Bern. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1901, Nr. 9.)

Dick demonstriert das Sperma eines 32jähr. Mannes, der nie infiziert war. Es fehlen Spermatozoën vollständig; grofse, stärkehaltige Prostatakörner sind in grofser Menge vorhanden.

In der Diskussion erwähnt Jadassohn das Fehlen von Spermatozoën durch gonorrhoische Entzündungen an den Samenwegen, ohne Mitbeteiligung der Nebenhoden. Andererseits fände man oft, auch bei doppelseitiger Epididymitis normales Sperma. Die Regel ist jedoch, dafs einige Monate nach Epididymitis Azoospermie vorhanden ist. Federer-Teplitz.

Über Versuche mit einem neuen Aphrodisianum. Von Tausig. (Wiener med. Presse 1902, Nr. 46.)

T. hat in mehreren Fällen von Impotenz mit Yohimbintabletten à 0,005 dreimal täglich sehr gute Erfolge erzielt, ohne dafs jemals irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen aufgetreten wären.

von Hofmann-Wien.

La spermatorrhée physiologique. Von Milian und Mamlock. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 607.)

Bei 7 von 8 gesunden 20jährigen konnten im Urin lebende Spermatozoën nachgewiesen werden. Diese Erscheinung ist als eine durchaus normale zu betrachten und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Füllung der Samenblasen, wie die Verf. durch weitere Beobachtungen feststellen konnten. Die Spermatozoën sind mehrere Tage nach dem Coitus im Urin nicht nachweisbar und sind um so zahlreicher in demselben, je längere Zeit Enthaltsamkeit geübt wird.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Des relations qui existent entre l'état des glandes génitales mâles et le développement du squelette. Von E. Launois und P. Roy. (Soc. de biol. 3. Jan. 1903. Nach La Presse méd. 1903, S. 59.)

Bei einem 27jährigen Individuum mit unentwickelten Hoden beobachteten L. und E. eine ungewöhnliche Verlängerung der untern Gliedmafsen, sowie mittelst Radiographie ein Bestehenbleiben der Epiphysenknorpel. Diese Beobachtung in Übereinstimmung mit Tierversuchen sowie mit Beobachtungen an Eunuchen und Skopzen beweist, dafs eine enge Beziehung der Genitalien zum Wachstum des Skelettes und speziell zu dem der untern Extremitäten besteht. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Chirurgie réparatrice du varicocèle. Von L. Longuet. (La Presse méd. 1902, p. 879.)

Zunächst wird die Skrotalhaut durch einen Longitudinalschnitt von

5 cm Länge unmittelbar unter der Radix scroti beginnend und bis zum Hoden verlaufend durchtrennt. Hierauf wird der ganze Inhalt dieses Sackes durch die Incisionsöffnung herausgestülpt, das Gewebe vorsichtig bis auf die Serosa und auch diese gespalten. Dann wird auch der Hoden nach oben gegen das Os pubis gedrängt, das übrige Bindegewebe stumpf lospräpariert und nun die gespaltene Tunica vaginalis so um den Samenstrang herumgelegt und mittels Lembert'scher Naht vernäht, dafs sie ihn eng umscheidet. Dadurch wird erreicht, dafs das Varicenpaket komprimiert wird und sich nicht weiter ausdehnen kann. Es wird dann unmittelbar unter der Radix scroti im subkutanen Bindegewebe gegen das Septum scroti hin ein Hohlraum zur Aufnahme des Hodens stumpf präpariert und dieser dort placiert mit dem unteren Pol nach oben. Um schliefslich noch die Skrotoptosis zu beseitigen, werden die Wundränder des Hautschnitts, der longitudinal geführt war, so aneinandergelegt, dafs sie nunmehr transversal verlaufen, und so miteinander vernäht. L. hat nach dieser Methode einige Patienten operiert und bis jetzt kein Recidiv gesehen.

R. Kaufmann - Frankfurt a. M.

Some points in the etiology and treatment of hydrocele of the tunica vaginalis. Von Madden. (Edinb. Med. Journ. March 1903.)

Wenn auch sichere Ursachen für das häufigere Vorkommen der Hydrokele in tropischen Gegenden nicht angegeben werden können, so meint doch M., dafs zwei Faktoren besonders dazu beitragen: mangelnde Stütze des Hodensackes durch mangelhafte Bekleidung im Gegensatze zu den eng anliegenden Beinkleidern der Europäer und die Neigung der Orientalen zu sexuellen Exzessen. Durch beides kommt es zu Hyperämie des Hodens und seiner Adnexe. Dadurch wird das Zustandekommen eines serösen Ergusses begünstigt. Im Gegensatz zu mehreren Autoren, welche der Ansicht sind, dafs der Filaria grofse ätiologische Bedeutung zukomme, hat M. in der Hydrokelenflüssigkeit niemals diesen Parasiten gefunden. Einfache Punktion oder Punktion mit nachfolgender Injektion einer reizenden Flüssigkeit kann nur bei den früheren Stadien von Erfolg sein, da die Wände des Hydrokelensackes später zu dick und induriert sind. Alle übrigen Fälle sind durch Incision, häufig auch Excision eines grofsen Teiles der Tunica vaginalis zu behandeln.

von Hofmann-Wien.

Suppurative phlebitis of the spermatic cord. Von Thomasz. (Brit. Med. Journ. Jan. 10, 1903.)

In diesem vor der Ceylon Branch of the Brit. Med. Assoc. gehaltenen Vortrage macht T. auf die Gefahren aufmerksam, welche diese Erkrankung mit sich bringt, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird. Die Diagnose ist oft recht schwer. Das Scrotum ist geschwellt, der Samenstrang verdickt und schmerzhaft, doch kann man nur in den frühen Stadien nachweisen, dafs der letztere und nicht der Hoden an der Schwellung beteiligt ist. Diese Erscheinungen treten plötzlich auf

und führen zu schweren Allgemeinsymptomen. Die einzige Behandlung besteht in Entfernung des Hodens und möglichst viel von dem erkrankten Samenstrang. Trotzdem ist die Prognose sehr ungünstig.

von Hofmann-Wien.

Digestion intracellulaire des spermatozoides dans un cas d'hydrocèle. Von F. Widal und P. Ravaut. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 549.)

W. und R. konnten in den Endothelzellen einer Hydrocelenflüssigkeit, die durch Punktion gewonnen war, durch Phagocytose aufgenommene und teilweise verdaute Spermatozoën nachweisen, die offenbar durch eine vorgängige Punktion, bei der Samenkanälchen verletzt worden waren, in die Flüssigkeit gelangt waren. Mit dem Serum dieses Kranken gelang es aber nicht, die Spermatozoën anderer Individuen zu immobilisieren oder zu agglutinieren.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Nekrotischer Zerfall des Skrotums und Präputiums infolge von Anthrax. Von Geiger. (Wiener med. Wochenschrift 1902, Nr. 44.)

Bei einem 24jährigen Erdarbeiter entwickelte sich in der Raphe des Skrotums, an der Basis des letzteren eine grofse Blase, an welche sich unter Fiebererscheinungen und starkem Ödem der Geschlechtsteile Gangrän des Skrotums und Präputiums anschlofs. Mehrfache Incisionen und Stichelungen. Heilung. Keine mikroskopische Untersuchung.

von Hofmann-Wien.

Kyste dermoïde du testicule. Von Mauclaire und Hallé. (Soc. de pédiatrie 21. Okt. 1902.)

Dieser Tumor entstammt einem 4jährigen Knaben und ist deswegen bemerkenswert, weil in ihm absolut keine Spur von Hodengewebe nachweisbar ist.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

L'orchite par effort existe-elle? Von Couteau und Monod. (Soc. de chir. 26. Nov. 1902.)

Ein Matrose, bei dem weder Tripper noch Tuberkulose bestand, bekam infolge starker Anstrengung zuerst Schmerzen in der Leistengegend, und dann schwoll der Hoden an, und es bildeten sich kleine Knötchen im Nebenhoden. Unter Ruhe und Jodkalium verschwanden dieselben nach ca. 4 Wochen. Couteau glaubt, dafs diese Entzündung durch Zerreifsen von Blutgefäfsen des Samenstrangs entstehe, während Monod zwei Arten unterscheidet: 1) Hämatome, 2) gonorrhoische Hodenentzündungen zu welchen als Komplikation ein Hämatom kommt. Motz kennt einen jungen Mann, bei welchem nach jeder starken Bewegung Orchitiden auftreten, die jedoch bald wieder verschwinden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Epididymitis as a complication of enteric fever. Von Mc Naught. (Brit. Med. Journ. Nov. 15, 1902.)

Bei einem Soldaten, welcher angeblich niemals Gonorrhoe gehabt

hatte, entwickelte sich im Anschlufs an einen Abdominaltyphus geringgradiger Harnröhrenausflufs und rechtsseitige Epididymitis. Über eine Untersuchung des Harnröhrensekretes auf Gonokokken etc. wird nichts mitgeteilt. von Hofmann-Wien.

L'Orchite des typhiques. (Gaz. des Hôpit. 1901, Nr. 45.)

Der nicht genannte Autor giebt eine Beschreibung der Orchitis bei Typhösen. Dieselbe tritt im Verlauf, häufiger in der Rekonvaleszenz des Typhus auf und ist nicht so selten, wie man annimmt. Meistens ist der Hoden allein betroffen, zuweilen auch der Nebenhoden. Über die Ätiologie ist man nicht klar; die Prognose ist, wenn nicht Eiterung eintritt, günstig. Federer-Teplitz.

Epididymitis. Von F. Legueu. (Journ. des praticiens 1902, 26. Apr.)

L. führt drei Fälle von Epididymitis an, die durch Gonorrhoe, Tuberkulose und Syphilis verursacht waren. Bei der gonorrhoischen Epididymitis, die den vorderen Teil des Nebenhodens befällt, war eine latente Urethritis mit geringer Sekretion vorhanden. Die tuberkulöse Epididymitis, die gleichfalls den vorderen Teil der Epididymis befällt, war kompliziert mit Tuberkulose der Samenblasen, Prostata und Lungen. Bei dieser Form der Epididymitis bilden sich leicht Adhäsionen mit der Haut und Fisteln. Syphilis der Epididymis befällt deren hinteren Teil, sie ist meist bilateral; sie findet sich zusammen mit anderen luetischen Erscheinungen. Dreysel-Leipzig.

Beiträge zur Epididymektomie zufolge Tuberkulose. Von Dozent Dr. Hümér Hültl. („Urologia", Vierteljahresbeilage des „Magyar orvosok lapja" 1903, Nr. 1.)

Nebst Entfernung des tuberkulösen Herdes im Gesunden operierend, reseciert H. ein Stück aus dem Samenstrange, während er den Resthoden wieder versenkt. Autor schliefst sich somit jenen Gegnern der Kastration an, welche in diesem eingreifenderon Verfahren ebenso wenig eine Radikaloperation sehen; denn: 1. sichert selbst eine Kastration keine völlige Heilung, 2. will er mit der Erhaltung von Hodenparenchym der Brown-Séquard'schen Auffassung von der inneren Sekretion Rechnung tragen, 3. soll zufolge der Epididymektomie der Schrumpfung des erhaltenen Hodens vorgebeugt werden, 4. sollen nach den Erfahrungen Delbet's sich etwaige krankhafte Prozesse in Prostata und Samenblase auf die Resektion hin zurückbilden, und 5. will er den psychischen Effekt berücksichtigt wissen, den der vermeintlich erhaltene Hoden auf die Kranken auszuüben pflegt. Remete-Budapest.

Tuberculosis of the testis. Von Th. Myles. (British Med. Assoc. Manchester 1902, 29. Juli — 1. Aug.)

Bei der Behandlung der Hodentuberkulose sind zwei Ansichten vorherrschend; nach der einen soll das gesamte Organ entfernt werden, sobald die Natur der Erkrankung erkannt ist, nach der anderen genügt

es, den Krankheitsherd für sich zu entfernen. Ein einzelner Knoten rechtfertigt eine Kastration jedenfalls nicht. Bei Allgemeininfektion soll von jedem operativen Eingriff abgesehen werden. Beteiligung der Samenblasen und der Prostata sind hingegen keine Kontraindikation für eine Operation; in solchen Fällen bringt eine Entfernung des erkrankten Hodengewebes Besserung und hebt den allgemeinen Ernährungszustand.

Dreysel-Leipzig.

Tuberculosis of the testicle. Von P. Thorndike and W. T. Bailey. (Boston Med. and Surg. Journ. 1902, 3. Juli.)

Verff. haben 75 Fälle von Hodentuberkulose beobachtet. Die Erkrankung entwickelte sich vorwiegend in den Pubertätsjahren oder bald hinterher. Bei einem Drittel der Fälle hatte Gonorrhoe bestanden. Das Vas deferens war in 10 % mitbeteiligt. Hoden und Nebenhoden waren in 43 % zusammen erkrankt. Verff. befürworten möglichst frühzeitige Operation.

Dreysel-Leipzig.

A discussion on tuberculosis of the testis, prostate and seminal vesicles. Von Myles. (Brit. Med. Journ. Oct. 25, 1902.)

M. hält die Tuberkulose des Hodens in vielen Fällen für eine primäre Erkrankung, weshalb eine Totalexstirpation dieses Organes nur in besonders schweren Fällen gerechtfertigt erscheint.

M. bespricht folgende Fälle: 1. Bei einem sonst gesunden Mann finden sich 1 oder 2 Knötchen in einem Hoden. Der Verlauf ist chronisch, die Prostata und Samenblasen erscheinen normal. In solchen Fällen genügt meist Resektion der erkrankten Partie.

2. Es finden sich 1—2 Knötchen in einem Hoden, gleichzeitig besteht Schwellung der Prostata und der Samenblasen. In solchen Fällen hält M. nicht viel von einer Operation.

3. Es finden sich im stark vergröſserten Hoden multiple, zum Teil vereiterte Knoten. Keine Erkrankung der Prostata und der Samenblasen. Hier ist die Kastration angezeigt.

4. Wie bei 3., aber mit Beteiligung der Prostata und Samenblasen. Auch hier ist die Kastration vorzunehmen.

5. Es sind beide Hoden erkrankt. In manchen Fällen wird man genötigt sein, die totale Kastration vorzunehmen, da sie das einzige Mittel sein kann, um das Leben zu retten.

6. Bei gleichzeitig bestehender Lungen- oder anderweitiger tuberkulöser Erkrankung soll man von jeder Operation absehen.

Was die operative Behandlung der Blasentuberkulose betrifft, so ist M. kein Freund derselben, da es kaum je gelingt, die Krankheit radikal zu beseitigen. Nur zur Linderung der Beschwerden erscheint unter Umständen Drainage der Blase vom Perineum aus von Vorteil.

Senn stimmt dem Vortragenden, was die Indikationsstellung zur Operation bei Hodentuberkulose betrifft, zu. Bei Blasentuberkulose hat er gute Erfolge von Jodoform gesehen.

Valentine macht darauf aufmerksam, daſs in vielen Fällen Gonorrhoe Vorläuferin der Tuberkulose ist, weshalb auf die Behandlung der ersteren Gewicht gelegt werden soll.

Murphy hat von Curettage der Blase bei Tuberkulose keine guten Erfolge gesehen. Zufriedenstellende Resultate hat er bei Hodentuberkulose durch Exstirpation der isolierten Herde erzielt.

Lloyd glaubt, dafs die Bedeutung der Gonorrhoe als Vorläufer der Tuberkulose von manchen Autoren überschätzt wird. Er ist Anhänger eines mehr radikalen Vorgehens.

Macewen ist ebenfalls für eine operative Behandlung.

Morison glaubt ebenfalls, dafs die chirurgische Behandlung nicht aussichtslos sei.

Southam ist ein Anhänger der Kastration auch bei doppelseitiger Epididymitis. von Hofmann-Wien.

Über einen Fall von Rhabdomyom in einem verlagerten Hoden. Von U. Benenati (Virch. Arch. 171. Bd. 1903, S. 418.)

Der 49jährige Patient hat seit frühester Jugend nur einen Hoden und zwar rechts. Er besafs mehrere gesunde Kinder. Vor 3 Jahren bemerkte er eine hühnereigrofse Geschwulst im l. Hypochondrium, die rapid wuchs und die unter Inanitionserscheinungen das Ende herbeiführte. Wie die Sektion ergab, kam die Geschwulst aus dem Ligament. colico-lienale hervor, war mannskopfgrofs und bestand aus Knoten mit fibrösen Septen und Cysten, und war umhüllt von einer fibrösen Kapsel. Die Knoten bestanden mikroskopisch aus quergestreiften Muskelfasern, wovon einige ohne Sarkolemm, andere wie Herzmuskeln verzweigt, wieder andere mit Granulationen bedeckt und schliefslich einige in embryonaler Entwicklung vorhanden waren. Zwischen den Muskelfasern war das Bindegewebe kleinzellig sarkomatös degeneriert; ebenso waren die benachbarten Lymphdrüsen sarkomatös, aber ohne Muskelfasern, degeneriert. Es ist also ein Myosarcoma striocellulare. Und wenn auch kein Hodengewebe mehr in der Geschwulst nachgewiesen werden konnte, so ist es doch ziemlich sicher der l. verlagerte Hode und die Muskelfasern sind als versprengte embryonal angelegte Keime aufzufassen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

4. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Beitrag zur Kenntnis der Smegmabazillen. Von Neufeld. (Arch. f. Hygiene Bd. 39, Heft 2.)

N. fand im Smegmasekret zwei verschiedene säurefeste Bazillenarten, deren eine den Tuberkelbazillen, die andere den Diphteriebazilten ähnlich ist; letztere Art ist von Czaplewski-Laser beschrieben worden. Es gelang Neufeld, die diphtheriebazillenähnliche Art auf Glycerin-Ascites-Blutserum und Harnagar rein zu kultivieren; auf gewöhnlichem Agar ist ein spärliches Wachstum zu erzielen. Der Bacillus färbt sich nach Gram und besitzt keine Tierpathogenität. Bei Züchtungsversuchen mit der tuberkelbazillenähnlichen Art fand eine deutliche Vermehrung der ausgesäten Bakterien statt, doch waren die Kolonien makroskopisch, auch mit der Lupe nicht sichtbar; eine Reinkultivierung gelang nicht. Federer-Teplitz.

Über säurefeste Bakterien. Von A. Moeller. (Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 26.)

Nach den Untersuchungen M.s finden sich die Smegmabazillen aufser im Präputialsacke überall auf der äufseren Haut, ferner auf den Tonsillen und auch in pleuritischen Exsudaten. Das verschiedene Wachstum der Smegma- und Tuberkelbazillen ermöglicht eine sichere Unterscheidung: Smegmabazillen vermehren sich bereits bei 28—30°, Tuberkelbazillen erst bei 37°. Dreysel-Leipzig.

Tuberkelbazillen in den Filamenten eines reinen Urins. Von Dr. Alexander Craciunescu. (Orvosi hetilap 1902, Nr. 48.)

37jähriger, gut genährter Mann stellt sich mit Klagen über Schmerzen in der Nierengegend vor. Hereditär unbelastet, war Patient bis zu seinem 32. Jahre gesund, in diesem Jahre (1896) laut Spitalbefund „abscessus frigidus in regione ossis ilei“, Heilung mit Fistelbildung, deren Sekret jedoch keine Kochschen Bazillen aufweist. Status vom 9. I. 1901: Kranke entleert seine Blase in normalen Pausen und vollkommen, Urin ist klar, enthält einige Filamente von $^1/_2$—2 cm Länge. Reaktion schwach sauer, spez. Gewicht 1016, kein Eiweifs, Spuren von Zucker.

Die Filamente zeigen unter dem Mikroskope Eiterzellen, Detritus, Schleim, zahlreiche Strepto- und Staphylokokken, Diplokokken, teils frei, teils in Epithelzellen, aufserdem viele schlanke, schwachgekrümmte Stäbchenbazillen, teils in Epithelzellen cylindrischer, teils in solchen rhombisch flacher Natur eingebettet, keine Gonokokken. Die Bazillen erwiesen sich sowohl nach der Färbung von Ziehl-Neelsen, als auch nach Weichselbaum als Tuberkelbazillen.

Zwei Monate später die Hoden bereits geschwellt, druckempfindlich.

Remete-Budapest.

Fälle von Ulcus gangraenosum penis. Von S. Róna. (Gesellschaft d. Budapest. Spitalärzte, 29. Okt. 1902. Nach d. Pest. med. chir. Presse 1903, S. 239.)

Dieses Geschwür unterscheidet sich vom Ulcus molle durch folgende Erscheinungen: Es geht einher mit hohem Fieber, schreitet unter starker Zerstörung mit Bildung von grünlichem, schwarzem nekrotischen Gewebe rasch vor, führt niemals zu Lymphangoitis oder -adenitis, ist sehr schwer oder gar nicht überimpfbar. Weder die Ducrey-Unnaschen noch Diphtheriebazillen sind in ihm nachweisbar, auch schreitet der Prozefs trotz Seruminjektion weiter fort. Wahrscheinlich wird dieses gangränöse Geschwür durch den Matzenauerschen Bacillus verursacht.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Circoncision cutanée sans section de la muqueuse. Von A. Bernheim. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 525.)

Ein 25jähriger Mann machte an sich selbst wegen Phimosis die Circumcision, indem er die Vorhaut möglichst weit vorzog und dann die Spitze derselben mittels Rasiermessers abschnitt. Er schnitt indes nur

das äufsere Blatt ab, so dafs das innere in ursprünglicher Länge erhalten blieb und sich per secundam überhäutete, wodurch aber seine ursprünglichen Beschwerden noch gröfser wurden. Er wurde durch eine nunmehr von sachverständiger Hand ausgeführte Circumcision geheilt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Usure totale de la verge par phagédénisme tertiaire. Von Bayet. (Soc. belge de Derm. et de Syph. 1902, 13. Juli.)

B. demonstriert die Photographie eines Kranken, bei dem sich ein Jahr nach luetischer Infektion tertiäre Erscheinungen eingestellt hatten. Vor 8 Monaten war an der Glans, genau an der Stelle der früheren Sklerose, eine Ulceration aufgetreten, die sich sehr rasch ausdehnte, zu starken Blutungen Anlafs gab und den ganzen Penis zerstörte, so dafs es jetzt den Anschein hat, als wäre der Penis amputiert worden.

Dreysel-Leipzig.

Drohende Gangrän des Penis infolge Abschnürung durch einen Stahlring. Von Dr. Volpert-Sorgau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 49.)

Der Pat. hatte in onanistischer Absicht sich einen Stahlblechring über den Penis gezogen, der bei der hinterher eintretenden Erektion nicht mehr abzustreifen ging. Der Penis schwoll unförmlich an, weil die Arterien wohl noch neues Blut in den abgeschnürten Teil hineinbrachten, der Abflufs des Blutes aber durch die Venen aufgehoben war. Der Ring wurde, nachdem der Zustand 5 Stunden angedauert hatte, in Chloroformnarkose durch einen Schlosser, der den Ring über einer untergeschobenen kleinen Zange durchfeilte, schliefslich entfernt. Die Zirkulation stellte sich wieder her, und die Heilung der kleine Schrunden erfolgte schnell und reaktionslos. Ludwig Manasse-Berlin.

Gunshot wound of the perineum. Von Swanzy. (Brit. Med. Journ. Nov. 22, 1902.)

Ein 21jähriger Soldat erhielt einen Schufs mit einem Mausergewehr, welcher rechts an der Peniswurzel eindrang, die Urethra mit Ausnahme der oberen Wand durchtrennte, die Blase und das Rectum durchbohrte und in der Mitte zwischen Anus und Steifsbeinspitze austrat. In Narkose wurde ein Silberkatheter eingeführt und in der Blase belassen. Nachdem im Laufe von 3 Wochen der Katheter mehrmals gewechselt worden war, erfolgte Heilung. von Hofmann-Wien.

Das Hydrargyrum oxycyanatum in der urologischen Praxis. Von Asch. (Wiener klin. Rundschau Nr. 47, 1902.)

Das Hydrargyrum oxycyanatum stellt nach A. ein in allen Stadien des Trippers sehr brauchbares und gut ertragenes Mittel dar. Er verwendet es in Form von Janetschen Spülungen (1:1000—2000), im akuten Stadium in Form von Injektionen mit der gewöhnlichen Tripperspritze (anfänglich 0,05:150,0, später 0,1:100,0). Nach Schwinden der

Gonokokken kann das Hydrargyrum oxycyanatum durch ein Adstringens ersetzt werden. von Hofmann-Wien.

L'anesthésine, — les applications en urologie et dermosyphiligraphie. Von R. Duhot. (Annal. de la policlinique centr. de Bruxelles 1903, S. 28.)

D. hat den Para-amidobenzoläthylester, bekannt unter dem Namen Anästhesin, seit mehreren Monaten versucht und hält ihn für ein ausgezeichnetes Anästhetikum. Zur Phimosenoperation empfiehlt er Injektion einiger ccm folgender Lösung:

Rp:		Gegen Cystitis dolorosa:	
Anaesthesini hydrochl.	0,25	Guajacoli cristall.	6,0
Natrii chlorati	0,15	Anaesthesini	3,0
Morphini hydrochl.	0,015	Acidi benzoici	0,35
Aquae destill.	100,0	Olei amygd. dulc. sterilis. ad	60,0

M. D. S. 1 mal tgl. Injektion von 10 ccm; bei Tenesums vesicae der Frau Einführung von Stäbchen, die 0,3 g Anästhesin enthalten. Cystitis dolorosa hat er durch epidurale Injektion von Anästhesin nach der Methode Cathelins nicht zu beeinflussen vermocht. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

A sterilisable silver catheter. Von Raw. (Brit. Med. Journ. Jan. 24, 1903.)

Da die Augen der gewöhnlichen Katheter beim Passieren der Harnröhre leicht durch Blutgerinnsel verstopft werden können, hat R. einen nur am peripheren Ende offenen Katheter konstruiert. Diese periphere Öffnung wird während des Passierens der Harnröhre durch einen an einen Metallmandrin befestigten Knopf verschlossen und erst in der Blase durch Vorschieben des letzteren geöffnet. von Hofmann-Wien.

Die Frühdiagnose der beginnenden Harnröhrenstrikturen. Von M. Wohl. (Pest. med.-chir. Presse 1902, S. 1173.)

Vergleichende Untersuchungen an 100 chron. Gonorrhoikern mit cylindrischer Sonde, Otis'schem Urethrometer und elastischer Knopfsonde ergaben, daſs die elastische Knopfsonde beginnende und weite Strikturen am besten und am frühesten erkennen läſst, während sie über Dehnbarkeit der Verengerung keine Auskunft giebt. Diese giebt am besten die cylindrische Sonde. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Bijdrage tot de verklaring van den invloed van den verwijlkatheter op het optreden van infectie in de urethra. Von J. Dorst. (Separaat-Afdruck Herinneringsbundel Prof. Rosenstein. Leiden 1902.)

D. erklärt die günstige Wirkung des Verweilkatheters, abgesehen von der Drainage, damit, daſs durch Einführen jedes Instrumentes in die Harnröhre eine Leukocytose hervorgerufen wird, die nach Metschnikoff bekanntlich baktericid wirkt. Wird jedoch ein Verweilkatheter, z. B. nach einer Urethrotomia int., schlecht vertragen, so fehlt hier die

Leukocytose, und der Katheter hält die Wundränder auseinander, wodurch septisches Material in die Wunde gelangen kann. In diesem Falle mufs man die Urethra anterior durch Urethrotom. ext. oder Sectio alta ausschalten. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire. Von A. Thibaudeau. (Thèse de Paris 1902. Nach La Presse méd. 1902, p. 705.)

Nach jedem inneren Harnröhrenschnitt sollte man einen Verweilkatheter einlegen. Unbedingt indiziert ist dieser aber bei allen infizierten Strikturkranken, handelte es sich um Cystitis, Urinabscesse oder Prostatahypertrophie. Wie Verf. an zahlreichen Beispielen demonstriert, steigt sofort die Fieberkurve, sobald man den Katheter herausnimmt. Der Katheter darf erst weggelassen werden, wenn die Temperatur unter 37° gesunken ist und unterhalb dieser Temperatur bleibt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

A demonstration of the operation of internal urethrotomy and of a urethrotome. Von Lockwood. (Brit. Med. Journ. Jan. 17, 1903.)

Um auch sehr enge Strikturen discidieren zu können, hat L. ein Urethrotom konstruiert, welches aus einer elastischen Führungsbougie und einem Metallstabe besteht. Dieser ist mit einer Rinne versehen, in welcher ein kleines Messer verborgen ist, welches durch eine Vorrichtung herausgehoben werden kann. Der Vorgang der Urethrotomie ist der gleiche wie bei den übrigen von innen nach aufsen schneidenden Instrumenten. von Hofmann-Wien.

Resectio urethrae. Von G. Illyés. (Chir. Sekt. d. Budapest. kgl. Ärztevereins 20. Februar 1902. (Nach d. Pest. med.-chir. Presse 1902, S. 1084.)

Ein 65jähriger Patient zeigte 1 Monat nach einem Falle aufs Perineum im hintern Abschnitte der Harnröhre eine hochgradige Striktur. Das strikturierte Stück wurde reseziert, die Wunde mit Seide so genäht, dafs nichts vom Nahtmaterial in die Harnröhre gelangte, und Verweilkatheter eingelegt. Nach 10 Tagen Entfernung des letzteren, Heilung per primam; Urethra nach 2 Monaten für Sonde Nr. 30 Ch. leicht durchgängig. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über Harnröhrenresektionen bei Strikturen. Von Dr. Géza v. Illyés. (Orvosi hetilap 1902, Nr. 29.)

Aus der Dollingerschen Klinik in Budapest berichtet I. über 5 Fälle von Harnröhrenresektionen, welche auf genannter Klinik stets in der Weise ausgeführt werden, dafs nach totaler Exstirpation des narbigen resp. callösen Teiles die beiden Enden durch Naht vereinigt werden. Die Indikationen finden wir in folgender Weise zusammengefafst:

1. Traumatische Strikturen am Damme, wenn der zu resecierende Teil nicht gröfser als 3 cm ist und eine primäre Naht möglich ist.

2. Gonorrhoische Strikturen, wenn diese isoliert und kurz sind und durch andere Verfahren nicht zu beseitigen sind.

3. Bei Fisteln der Dammgegend, besonders wenn die obere Wand der Harnröhre erhalten werden kann und das gesunde Nachbargewebe für die Naht geeignet ist. Feleki-Budapest.

Two cases of urethrectomy for traumatic stricture. Von Thomas. (Brit. Med. Journ. Nov. 8, 1902.)

Th. hat in 2 Fällen von traumatischer Striktur das Narbengewebe excidiert. Die Corpora spongiosa wurden hierauf mittelst Catgutnähten, die bis an die Schleimhaut reichten, dieselbe aber nicht durchdrangen, vereinigt, dann die Fascie und schliefslich die Haut vernäht. Keine Drainage. Durch mindestens 6 Monate wurde kein Instrument in die Blase gebracht und dann nur, um die Weite der Harnröhre zu prüfen. Die Länge des excidierten Narbengewebes betrug bei dem einen Patienten 2, bei dem anderen $2^1/_2$ cm. von Hofmann-Wien.

A new Method of Finding the Urethra in External Urethrotomy. Von Ch. L. Gibson. (New-York Sect. on Gen.-Ur. Surg. 13. Okt. 1902. Nach d. J. of Cut. and Gen.-Ur. Diss. 1902, p. 564.)

Um in schwierigen Fällen die Urethra finden zu können, schlägt G. vor, nach Ausspülung des Rektums die Prostata durch einen neben dem Rektum angelegten breiten scharfen Haken zu fixieren, dann einen medianen Perinealschnitt zu machen. Führt man dann den l. Zeigefinger in die Wunde ein, während ein Assistent den Haken sanft nach abwärts zieht, so fühlt man die Urethra als prominierenden Teil; man sticht dort ein und gelangt leicht mittels eines Metallkatheters ins Lumen derselben und in die Blase. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

The relation of the caliber of the urethra and especially of the meatus urinarius to vesical tone. Von S. F. Lydston. (Amer. Medicine 1902, 21. Juni.)

Der Tonus der Blase ist bis zu einem gewissen Grade abhängig von dem Widerstande, den normalerweise der Urin in der Harnröhre findet. Dieser Widerstand ist am Meatus immer am stärksten, doch bietet ihn die gesamte Harnröhre dar. Eine Steigerung des Widerstandes führt bei alten Leuten zur Atonie der Blase, bei jungen Leuten zur Hypertrophie, nur ausnahmsweise bei diesen gleichfalls zur Atonie. Eine merkliche Verminderung des Widerstandes, wie sie z. B. nach Urethrotomie und noch mehr nach Meatotomie eintritt, ruft Atonie der Blase hervor. Diese Atonie ist in ihrer Intensität sehr verschieden, bedarf aber immer einer ernsten Beachtung. Kranke, an denen die Urethrotomie ausgeführt worden ist, sollten während des Urinaktes den Meatus immer etwas komprimieren, damit der Widerstand in der Harnröhre erhöht und der Tonus der Blase nicht geschädigt wird.

Dreysel-Leipzig.

Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes; nebst Bemerkungen über die Psychologie solcher Fälle. Von C. Posner-Berlin. (Die Ther. der Gegenw. 1902 Sept.)

Im ersten Teil der Arbeit bespricht Posner die Therapie bei Fremdkörpern in der Harnröhre des Mannes, die verschieden ist je nach der Gröfse, dem Sitz und nach dem Material der Fremdkörper. Kleinere weichere Körper (Wattestücke) ebenso wie kleinere Urethralsteine können gelegentlich mit dem Urinstrahl herausbefördert werden. Katheterstücke finden sich neuerdings, seitdem auf die Fabrikation von Kathetern gröfsere Sorgfalt verwendet wird, seltener. Sie inkrustieren sich schnell und können zur Bildung grofser Steine Veranlassung geben, die dann nur durch Sectio alta entfernt werden müssen. Liegt das Katheterstück noch in der Urethra, so kann man einen Extraktionsversuch mit Collinschen Zangen machen; gelingt derselbe aber nicht, so mufs man das Katheterstück in die Blase vorschieben und kann es dort entweder mit einem lithotriptorähnlichen Instrument oder mit dem Nitzeschen Operationscystoskop entfernen. Ganz ähnlich geht man bei Steinresten vor, die, nach Lithotripsie zurückbleibend, sich in der Urethra einklemmen, oder mit kleinen Nierensteinen, die mit dem Urinstrahl bis zur Urethra hinabgeschwemmt werden. Hier gelingt es zuweilen, sie mit einem Leroy d'Etiolleschen Löffel zu fassen und zu extrahieren, einandermal thut man besser, sie mit einem zangenförmigen Instrumente zu fixieren und sie durch einen Einschnitt von aufsen auf die Urethra aus ihrer Lage zu befreien. Eine besondere Stellung nehmen die spitzen Gegenstände, wie Hut-, Nähnadeln, Haarnadeln etc. ein, die sich tief in das Gewebe einbohren. Man stöfst sie entweder durch das Gewebe durch, wie die Nähnadeln oder man fixiert wie bei Hutnadeln den Knopf durch eine Collinsche Pincette, stöfst die Nadel bis zum Knopf durch und schneidet auf den Kopf von aufsen ein. Immer kommt es darauf an, möglichst schonend vorzugehen und daran zu denken, dafs bei dem leicht blutenden Gewebe ein gröfserer Eingriff eventuell schneller und sicherer zum Ziele führt.

Im zweiten Teil der Arbeit kommt Posner auf das psychologische Moment zu sprechen. Sicher handelt es sich in vielen Fällen um masturbatorische Versuche, jüngst konnte er aber feststellen, dafs es sich um einen Fall von Sadismus handelt. Eine Dirne hatte einem jungen Mann nach einem Zechgelage eine Nadel in die Harnröhre hineingebracht, anscheinend um auf diese Weise ihre eigene Wollust zu befriedigen. Aus den letzten 10 Jahren konnte P. allein sechzehn Fälle ausfindig machen, bei denen diese Nadeln, also Gegenstände, die vorwiegend zur weiblichen Toilette gehören, in der Harnröhre der Männer gefunden wurden. Er wirft die Frage auf, ob es sich nicht auch in diesen Fällen um sexuelle Perversion und zwar sowohl homo- als heterosexueller Natur gehandelt habe, und empfiehlt, in Zukunft darauf besonders zu achten.

Ludwig Manasse-Berlin.

Die Tumoren des Präputium. Von Peradre. (La médec. moderne 1900, Nr. 67.)

P. teilt die Tumoren des Präputiums ein:

A. in kongenitale:

a) Dermoidcysten

b) mucöse Cysten

B. Neubildungen:

I. Geschwülste mit flüssigem Inhalt: a) Varicen der Venen, b) Varicen der Lymphgefäſse, c) Kalter Absceſs, d) Gumma, e) Urinalabsceſs.

II. Solide Geschwülste: *α*) Benigne Neubildungin: 1. Talgcysten, 2. Atheromcysten, 3. Atherome, 4. Cornu cutaneum, 5. Condylome, 6. Lipome, 7. Fibrome.

β) Maligne Neubildungen: 1. Epitheliome, 2. Carcinome, 3. Sarkome. Gegen Varicen empfiehlt P. das Durchziehen eines Seidenfadens, der 3—4 Stunden liegt, eine Entzündung erregt, worauf die Varicen innerhalb weniger Monate verschwinden. Bei den Cysten empfiehlt sich auch ein operatives Verfahren, weil sie maligen degeneriren können. Bei malignen Tumoren, die auf das Präputium beschränkt sind, wird letzteres abgetragen, bei weiter vorgeschrittener Erkrankung der Penis amputiert.

Federer-Teplitz.

Lymphosarcoma bulbi urethrae, von einer gonorrhoischen Striktur ausgehend. Von Kapsammer. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 10, 1903.)

Bei einem 69jährigen Manne, welcher vor längerer Zeit Gonorrhoe überstanden hatte, zeigten sich seit 5 Jahren zunehmende Harnbeschwerden. Bei der Untersuchung fand man am Perineum in der Ausdehnung von 2 cm einen derben röhrenförmigen Kallus. Die Striktur war nur für eine Bougie filiforme passierbar. Durch regelmäſsige Dilatation konnte nach 4 Wochen Charrière Nr. 20 erreicht werden. Der Kranke blieb dann aus und kehrte erst nach $1^1/_2$ Monaten mit erneuten Harnbeschwerden wieder. Auch diesmal konnte man die Striktur mit der Bougie filiforme erweitern, doch trat beim Bougieren leicht Blutung auf. Der Patient wurde ins Spital aufgenommen. Innerhalb 14 Tage wuchs nun der Kallus zu einem mannsfaustgroſsen Tumor heran, so daſs man an einen periurethralen Absceſs dachte und zur Operation schritt: Incision in der Raphe. Man stieſs aber auf keinen Eiterherd, sondern auf einen Tumor, welcher im Bereiche des Bulbus und der Pars membranacea die untere Wand der Harnröhre vollständig ersetzt hatte. Resektion des Tumors. Verweilkatheter. Naht. Es erfolgte Heilung, doch trat 4 Wochen nach der Operation ein Recidiv auf, welchem der Kranke nach kurzer Zeit erlag. Der exstirpierte Tumor erwies sich als Lymphosarkom.

von Hofmann-Wien.

Epithélioma primitif de la portion pénienne de l'urèthre. Von P. Soubeyran. (Bull. de la soc. anatom. de Paris 1902, p. 643)

Die Geschwulst wurde bei dem 64jährigen Patienten vor 2 Jahren

zuerst bemerkt und ist in den letzten 4 Monaten stark gewachsen. Sie sitzt auf der Vorderfläche des Penis, das Präputium ist ödematös, die Glans geschwollen, der Meatus ulceriert. Amputatio penis. Die Untersuchung des amputierten Stückes ergiebt Infiltration des Präputiums, Degeneration der hinteren Partie der Eichel durch das Neoplasma, während die vordere gesund ist; die Urethralschleimhaut ist von der Basis glandis an zirka 4 cm weit zerstört und verengt, während die vordere, der Eichel angehörende, gesund ist. Mikroskopisch handelt es sich um ein primäres Urethralepitheliom, das übrigens ziemlich selten ist.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Épithelioma du gland. Von R. Picqué. (Bull. de la soc. anatom. de Paris 1902, p. 717.)

Das Präparat war durch Amputatio penis bei einem 52jährigen Manne, der 5 Monate zuvor eine rapid wachsende schmerzhafte Ulceration am Meatus bemerkt hatte, gewonnen worden. Aufserdem bestand beiderseitige beträchtliche Lymphadenitis. Es handelt sich um ein Epitheliom der Glans, anscheinend ausgehend von den Talgdrüsen, welches die Urethralschleimhaut auf zirka 1 cm infiltriert.

Morestin berichtete über einen Patienten, bei dem er die Amputatio penis wegen eines Peniskarzinoms vorgenommen hatte, der nach der Operation infolge gonorrhoischer Strikturen eine Retention bekam, die zur Urethrotomia int. nötigte. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Fall von isoliertem Karzinom der Urethra. Von Wichmann. (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 31, Heft 1.)

Eine 43jährige Frau kam zur Beobachtung wegen Leistendrüsenvergröfserung. Die Untersuchung ergab Carcinom der Urethra. Die ganze untere Wand derselben bildete eine harte geschwulstartige Masse; die Vaginalschleimhaut war nicht beteiligt. Die äufsere Mündung der Harnröhre war dunkelrot verfärbt. zackig. Federer-Teplitz.

Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme. Von Prat und Lecène. (Bull. de la soc. anatom. de Paris 1902, p. 484.)

Vor 3 Monaten bemerkte der Patient, ein 52jähriger Kutscher, ein kleines Geschwür am Frenulum praeputii, das immer gröfser wurde. Augenblicklich besteht ein Geschwür der Basis glandis mit dunkelblauen Rändern, das fast bis zur Radix penis führt, Ödem und Infiltration der Vorhaut sowie Infiltration der Urethra, Drüsenschwellung nicht deutlich. Da weder tuberkulöse noch syphilitische Infektion nachweisbar war, wurde wegen Verdachts auf Epitheliom die Amputatio penis gemacht. Die Untersuchung des amputierten Gliedes ergab noch 2 Fisteln, die mit dem Geschwür und der Urethra kommunizierten. Die mikroskopische Untersuchung zeigte nur Granulationsgewebe mit Nekrosen und Riesenzellen, so dafs es sich also höchstwahrscheinlich um ein tuberkulöses Geschwür handelte. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

5. Gonorrhoe.

Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Protargolgelatine. Von Benario. (Münchener medizinische Wochenschrift 1902, Nr. 51.)

Theoretische Erwägungen haben B. veranlafst, der Gelatine Protargol in verschiedenem Prozentsatz zu inkorporieren und mit solcher Protargolgelatine bakteriologische Untersuchungen anzustellen. Diese haben ergeben, dafs die gelatinösen Protargollösungen den wässerigen an baktericider Kraft nicht nachstehen. Die praktischen Versuche an 11 Fällen akuter Gonorrhoe haben sehr befriedigende Resultate gehabt. Die leitenden Gesichtspunkte bei der Anwendung des neuen, Urosanol genannten Präparates sind die nämlichen, wie bei der Anwendung wässeriger Lösungen. Die Applikation geschieht mittels eines eigenen kleinen Apparates. Dieser besteht aus Glasröhrchen, die mit Protargolgelatine (1,3 oder 5 %ig) gefüllt sind, einem graduierten Holzstempel, einer Gummiolive und einem 8 cm langen weichen Katheter, Filière Nr. 13. Die Röhrchen sind nach oben durch Korkplättchen luftdicht abgeschlossen; am unteren Ende ist die Olive oder der Katheter anzubringen; durch Druck mittels des Holzstempels auf das Korkplättchen wird der Inhalt des Röhrchens durch die Olive oder durch den Katheter in die Urethra entleert. Die Protargolgelatine löst sich hier in 1—1½ Minuten. Was B. zur Anwendung des Katheters hauptsächlich veranlafst hat, ist der Umstand, dafs mit ihm vor der Injektion der Protargolgelatine Adrenalin auf die Schleimhaut gebracht wird. Adrenalin ist nämlich unter die „antiseptische, starre Lösung“ gemischt, in welcher der Katheter aufbewahrt wird. Die anämisierende Wirkung des Adrenalin scheint nicht ohne Einflufs zu sein auf den entzündlichen Prozefs oder auf die Einwirkung des Protargols. B. ersucht die Kollegen, den kleinen handlichen Apparat zu prüfen und die Erfahrungen darüber ihm mitzuteilen.

Jesionek.

An inquiry into the value of the irrigation method as a means of aborting and treating acute specific urethritis. Von Horwitz. (The Therap. Gaz. March. 15, 1903.)

H. citiert zunächst eine grofse Anzahl von Urologen, welche sich gegen das Janetsche Verfahren aussprechen, und stellt eine Anzahl von Schlufsfolgerungen auf, von denen die wichtigsten an dieser Stelle wiedergegeben werden sollen:

1. Durch die Irrigationsmethode ist keine abortive Heilung der Gonorrhoe möglich.

2. Es kommt bei dieser Behandlungsmethode häufig zu chronischer Urethritis und Befallenwerden der tieferen Sexualorgane.

3. Im akuten Stadium soll die Irrigationsbehandlung nicht angewendet werden.

4. Irrigation der Urethra post. durch hydrostatischen Druck ist in der Mehrzahl der Fälle von akuter Gonorrhoe schädlich und führt zu Komplikationen.

von Hofmann-Wien.

Methods and means for treating gonorrhoeal urethritis in the male. Von Pedersen. (The Postgraduate March 1903.)

P. bevorzugt bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe Injektionen mit Silberpräparaten und zwar besonders mit Argyrol in 2 % Lösung. Diese Methode (Argyrol in 5 % Lösung) ist auch zu Abortivkuren geeignet. Bei chronischer Gonorrhoe verwendet P. Instillationen, Blasenspülungen und Dilatationen unter urethroskopischer Kontrolle.

Fuller. Bei gesunden, kräftigen Personen kann man eingreifendere Verfahren einschlagen, während man bei lymphatischen oder tuberkulösen mehr exspektativ vorgehen mufs. Zur abortiven Behandlung verwendet F. Silberpräparate. Von der Irrigationsmethode glaubt er, dafs sie mehr Schaden als Nutzen stifte, weshalb man auch heutzutage von diesem Verfahren nicht mehr viel höre.

Spooner war früher ein überzeugter Anhänger der Janetschen Methode, während er jetzt häufig Komplikationen (Epididymitis, Cystitis) sowie Recidive auftreten sah.

Mackenty ist ein Anhänger der exspektativen Behandlungsmethode.

Guiteras spricht sich gegen das exspektative Verfahren aus. Von den Silberpräparaten hält er das Argyrol für das beste. Die Janetsche Methode giebt in einzelnen Fällen gute Resultate, doch wendet sie G. nicht häufig an. von Hofmann-Wien.

Is there a reliable abortive treatment of gonorrhoea? Von Christian. (Intern. Med. Magaz. March 1903.)

C. bespricht die verschiedenen Methoden, welche versucht wurden, um eine abortive Heilung der Gonorrhoe herbeizuführen, und kommt zu dem Schlusse, dafs wir gegenwärtig keine sichere abortive Behandlungsmethode besitzen. Was das Janetsche Verfahren anbelangt, so ist er der Ansicht, dafs dasselbe heutzutage ziemlich allgemein verlassen ist, da diese energische Behandlungsmethode zu Resultaten führe, welche schlimmer seien, als die Krankheit selbst. von Hofmann-Wien.

Über Merkurol. Von Dr. Dreesmann. (Aus der chir. Abt. d. St. Vincenz-Krankenhauses in Köln.) (Münch. med. Woch. 1903. Nr. 5.)

Merkurol ist eine chemische Verbindung von Quecksilber und Nukleinsäure; letztere wird aus der Hefezelle gewonnen. Das Präparat stellt ein bräunlich-weifses Pulver dar, enthält etwa 10 % Hg, ist in Wasser, besonders in der Wärme, leicht löslich. Mit eiweifshaltigen Flüssigkeiten, Blutserum, ist eine solche Lösung klar mischbar, es tritt keine Koagulation ein; auch Alkalien bewirken keine Veränderung. D. hat das Merkurol bei den verschiedenartigsten Erkrankungen angewendet, u. a. auch, nach dem Vorgange englischer und amerikanischer Autoren, bei Gonorrhoe, und empfiehlt es hier zur Injektion in 0,5 bis 2 %iger Lösung. Die Einspritzungen werden mehrmals täglich wiederholt; der Einflufs war stets ein sehr günstiger; allerdings kam es auch vor, dafs in manchen Fällen noch andere Mittel, z. B. Arg. nitr., zu Hilfe genommen werden mufsten. Auch Fälle von Cystitis bei Prostatahypertrophie

sind durch „Injektionen" von 1 %iger Merkurollösung mit gutem Erfolge behandelt worden. Bei Ulcus molle hat Merkurol als Pulver stets gute Dienste geleistet und schnelle Reinigung der Geschwüre herbeigeführt. Jesionek-München.

Über die Behandlung der Gonorrhoe mittelst des zitronensauren Silbers (Itrol). Von v. Karwowski. (Med. Woche Nr. 19 u. 20, 1902.)

Das Itrol eignet sich ganz besonders zu kopiösen Spülungen mittelst des Irrigators (0,1:1000), zu Einspritzungen (von 0,03—0,05:200,0 steigend) und zur Anwendung in Salbenform. Die Gonokokken verschwinden in vielen Fällen sehr rasch und bei konsequenter Fortsetzung der Medikation auch dauernd. Gegenüber dem Protargol ist besonders die grofse Billigkeit des Itrols hervorzuheben. von Hofmann-Wien.

Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Gonosan (Kawasantal), einem neuen Antigonorrhoicum. Von Boss. (D. Medinal-Zeit. 1902. Nr. 98.)

Das Präparat besteht aus einer Auflösung der pharmakodynamisch wirksamen Harzmasse ($\alpha + \beta$-Harz) von Kawa-Kawa in Santelöl und wird in Kapseln à 0,3 g 8 bis 10 Stück pro die genommen. B. hat mit diesem Mittel 28 Fälle von akuter Gonorrhoe behandelt, aufserdem liefs er die Patienten noch mit Protargol Einspritzungen machen. Bei 3 Patienten kam es zur Gon. posterior, wovon 1 Fall sich weiter mit Epididymitis komplizierte. Durchschnittlich war Anfangs der dritten Woche die Sekretion minimal und verschwand ganz gegen Ende der dritten Woche. Auch bei akuter Cystitis wirkt Kawasantal günstig.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Vorschläge zur Vereinfachung der Behandlung der Urethritis gonorrhoica und ihrer Komplikationen in unseren Militärspitälern. Von Radey. (D. Militärarzt Nr. 19—22, 1902.)

Die Janetsche Methode hat nach R. folgende Vorteile:

1. Der den Kranken belästigende, wegen Übertragung gefährliche Ausflufs schwindet rasch, in vielen Fällen schon nach der 2. oder 3. Irrigation.

2. Die Gefahr der Strikturbildung wird nicht begünstigt, sondern vermindert.

3. Komplikationen, wie Epididymitis, Cystitis etc. kommen selten vor.

4. Nachfolgende Inkontinenzerscheinungen (Sphinkterschwäche) sah R. nie.

5. Durch die möglichst frühzeitige Irrigation werden die schon bestehenden Komplikationen günstig beeinflufst.

6. Reinlichkeit und Billigkeit. von Hofmann-Wien.



Über die gonorrhoische Erkrankung der paraurethralen Gänge. Von Dr. Josef Sellei. („Urologia", Vierteljahresbeilage des „Magyar orvosok lapja" 1903, Nr. 1.)

S. kommt auf Grund pathologisch-histologischer Untersuchungen zu dem Schlusse, dafs in Bezug auf die Pathogenese der paraurethralen Gänge zwei Arten zu unterscheiden sind. Das Innere der einen ist mit deutlichem Epithel bekleidet und das sind die sog. präformierten Gänge; die anderen haben kein Epithel und kommen zufolge Entzündungsprozesse zu stande, die zu solchen fistulösen Gängen führen.

Remete-Budapest.

The curse of gonorrhoea. Von Johnson. (Amer. Gynecol. Dez. 1902.)

Ein sehr lesenswerter Artikel, in welchem auf die enorme Bedeutung der gonorrhoischen Infektion für die Frau, die Häufigkeit derselben in der Ehe und die schwere Heilbarkeit des chronischen Trippers beim Manne aufmerksam gemacht wird. Es ist daher auf die Prophylaxe ganz besonderes Gewicht zu legen und bei Erteilung des Ehekonsenses gröfste Vorsicht anzuwenden. Einige besonders charakteristische Fälle von gonorrhoischer Infektion in der Ehe werden näher geschildert, sowie die Ansichten der hervorragendsten Fachleute auf diesem Gebiete mitgeteilt. von Hofmann-Wien.

Systemic gonorrhoea. Von Boehm. (St. Louis Courier of Med. Jan. 1903.)

Bei dem 16jährigen Patienten trat 4 Wochen nach Beginn einer Gonorrhoe eitrige Konjunktivitis mit Pseudomembranbildung, Fieber und ein systolisches Geräusch an der Herzspitze auf. Einige Tage später zeigte sich Schmerzhaftigkeit und Schwellung des linken Sprunggelenkes, bald darauf auch des linken Kniees und der beiden Schultergelenke. In der Gelenksflüssigkeit fanden sich Diplokokken, welche aber von den Bakteriologen nicht als Gonokokken angesehen wurden. Trotz sehr schwerer Allgemeinerscheinungen trat schliefslich Heilung ein.

von Hofmann-Wien.

Dacryoadénite double chez un malade atteint de blennorrhagie. Von Ferry. (Soc. d'ophthalmologie de Paris, 14. Okt. 1902.)

F. stellt einen Kranken vor, bei dem es im Laufe eines Monats infolge eines akuten Trippers zu Gelenkrheumatismus multiplex, Iritis, Conjunctivitis und Dacryoadenitis duplex gekommen ist und zwar offenbar durch Metastasen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Arthrites blennorrhagiques. Considérations étiologiques et bactériologiques. Von Vaquez und Laubry. (Soc. méd. des hôp. de Paris 21. Nov. 1902.)

Zwei Fälle, die von V. und L. beobachtet wurden, betreffen zwei Schwestern im Alter von $15^1/_2$ und 17 Jahren und sind dadurch be-

merkenswert, dafs die Infektion bei beiden durch dasselbe Individuum erfolgte, bei dem der Tripper mit leichten rheumatoiden Schmerzen einherging, während die Infizierten an einer ankylosierenden Monoarthritis erkrankten. Bei beiden, sowie in einem weitern Falle blieb die bakteriologische Untersuchung des Gelenkergusses negativ, während in einem Falle von Arthrit. purulent. gonorrh. im Eiter Gonokokken nachgewiesen werden konnten. Dagegen konnten gelegentlich einer Arthrotomie, die in einem der negativen Fälle gemacht werden mufste, aus den entzündlichen Wucherungen der Synovialmembran zahlreiche Kolonien von Gonokokken gezüchtet werden. Die Untersuchung des Blutes in den vier Fällen ergab die Abwesenheit einer Leukocytenreaktion während des Gelenkrheumatismus. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ankylose osseuse de l'articulation du coude, consécutive à une arthrite blennorrhagique. Von E. Foisy. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, S. 824.)

Ein 23jähriges Dienstmädchen erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren an einem gonorrhoischen Rheumatismus des l. Ellbogengelenkes, der nach anfänglicher erfolgreicher Behandlung infolge Nachlässigkeit der Kranken zu vollständiger Ankylose des Gelenkes führte, so dafs eine Resektion gemacht werden mufste. Dabei stellte sich denn heraus, dafs der Humerus sowohl mit dem Radius wie mit der Ulna, sowie letztere beide untereinander durch eine mächtige Knochenmasse miteinander verwachsen waren. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über Knochenveränderungen bei gonorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt. Von Kienböck. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3 u. 4, 1902.)

K. hat 3 gonorrhoisch erkrankte Handgelenke, 2 Ellbogengelenke und 2 Hüftgelenke radiographisch untersucht. Die Resultate dieser Untersuchungen werden in ausführlicher Weise mitgeteilt, doch eignet sich die Arbeit leider nicht zu einem kurzen Referat, weshalb sich für das Thema Interessierende auf das Original verwiesen werden müssen. von Hofmann-Wien.

Die gonorrhoische Neuritis und ihre Beziehungen zur gonorrhoischen Myositis und Arthritis. Von R. Kienböck. (Volkmanns klin. Vortr. J. M. 92.)

K. bespricht in einem klinischen Vortrage

1. die als Kombination mit der Arthritis gonorrhoica auftretende
   a) einfache Muskelatrophie;
   b) Neuralgie. ev. leichte Neuritis;
   c) schwere Neuritis;
   d) Myositis;
2. die von einer Gelenkaffektion unabhängige Polyneuritis
3. nach Auftreten von Arthritis chronisch progedierte Muskelatrophie
4. Arthritis der Wirbelsäule mit Wurzelkompression.

Auch die anderen mit der Gonorrhoe vielleicht zusammenhängenden Nervenaffektionen werden abgehandelt. Für die Diagnose der Gelenkaffektionen kommt die Röntgendurchleuchtung in Frage.

Ludwig Manasse-Berlin.

Beiträge zur Kenntnis des Bubo inguinalis und der Wert einiger Bubobehandlungsmethoden. Von Dr. Axel Cederkrantz Helsingfors, (Finland). (Die Ther. d. Gegenw. 1902, August)

Auf Anregung von Neisser hat sich der Verf. der dankenswerten Aufgabe unterzogen, das Material der Breslauer Dermatologischen Klinik aus den Jahren 1891—1901 einer statistischen Bearbeitung zu unterwerfen; es sind 371 Kranke mit 442 Erkrankungen an Bubo zur Beobachtung gekommen. Die Schlufsfolgerungen sind folgende:

1. In mindestens $^1/_7$ aller Bubo inguinalis-Fälle kann die venerische Ursache der Affektion nicht festgestellt werden.

2. In etwa $^1/_6$ aller Fälle von nach Ulcus molle enstandenen Leistenbubonen sind die Drüsenschwellungen bilateral. Sonst verteilen sich die nach Ulcus molle entstandenen Bubonen ziemlich gleich auf die beiden Seiten, mit einer geringen Bevorzugung der linken Seite.

3. Die sogenannten abortiven Bubonenbehandlungsmethoden sind zu unterlassen.

4. Soweit wie möglich, sind die Bubonen konservativ exspektativ zu behandeln. Sehr empfehlenswert sind hierbei: heifse Sandsäcke, Spiritusverbände (mit untergelegter Zinkpaste), essigsaure Thonerdeumschläge und in den allerersten Stadien Eisblase.

5. Bei eingetretener Eiterung — und besonders in Fällen, wo nur eine einzelne Drüse vereitert ist, ist eine kleine Incision mit nachfolgender Injektion (einer oder mehrerer) von Arg. nitr.-Lösung 1 % bis 2 % (Lang) oder in den meisten Fällen noch lieber Jodoformvaseline 10 % zu empfehlen.

Etwa $^3/_4$ oder $^4/_5$ der so behandelten Bubonen heilen ohne gröfsere operative Eingriffe. Die durchschnittliche Heilungsdauer dieser Fälle kann auf etwa zwei Wochen geschätzt werden.

6. Als ultimum refugium ist die breite Incision mit Auskratzung und Jodoformgazetamponade oder die Toatlexstirpation der Drüsen vorzunehmen.

Die durchschnittliche Heilungsdauer der so operierten Bubonen kann auf vier bis sechs Wochen geschätzt werden.

Ludwig Manasse-Berlin.

Kongrefsbericht.

I. Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt a. M.

Referat erstattet von R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die vor einem halben Jahre gegründete D. Gesellschaft z. Bek. d. Geschlechtskrankheiten, die bereits 1600 Mitglieder zählt, hielt ihren ersten Kongrefs unter reger Beteiligung von Ärzten, Medizinalbeamten, Vertretern von Frauenvereinen u. s. w. am 9. und 10. März a. c. in Frankfurt a. M. ab.

An der Spitze der Tagesordnung wurde die straf- und civilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten behandelt, über welche das Referat Oberlandesgerichtsrat Schmölder, Hamm, erstattete. In diesem schlug er folgende Strafbestimmung vor: „Wer aufserhalb der Ehe, obwohl er weifs oder den Umständen nach annehmen mufs, dafs er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt oder mit einer anderen Person eine unzüchtige Handlung vornimmt, die an sich und mit Rücksicht auf die Art der Geschlechtskrankheit zur Krankheitsübertragung geeignet ist, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren und Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen belegt. Neben der Geldstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden“. An Stelle der Reglementierung, die in Wegfall kommen soll, soll dieser Paragraph noch folgende Zusätze erhalten:

1. „Ist die That von einer Frau in Ausübung der gewerbsmäfsigen Unzucht verübt, so ist nicht auf Geldstrafe, sondern auf Gefängnisstrafe im Rahmen von 6 Monaten bis zu 3 Jahren zu erkennen“ und

2. „Eine Frau, die behaftet mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit Unzucht treibt, wird mit Gefängnisstrafe von 1 Monat bis zu 1 Jahr belegt“.

Die civilrechtliche Bestrafung erledigt sich ausreichend im Rahmen des Bürgerl. Gesetzbuches.

In der sehr lebhaften Diskussion wandten sich fast alle Redner gegen diese Strafbestimmungen und lehnten sie als zu hart ab.

In der 2. Sitzung, zu der Frage: „Wie können die Ärzte durch Belehrung der Gesunden und Kranken der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten steuern?“ verlangte der Referent Dr. Neuberger, Nürnberg, Aufklärung durch populär gehaltene Vorträge und stellte den Antrag: „die D. Gesellsch. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankheiten solle Ärzten, Krankenkassen u. s. w. allgemein gehaltene Leitsätze für Kranke in Zettel- oder Kartenform zur Verfügung stellen, die folgende Punkte betonen: Die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung, Langwierigkeit der Krankheiten, Warnung Infizierter vor der Ehe, Gefährlichkeit des infizierten Ehegatten für den andern, Warnung vor Kurpfuscherei und schwindelhafter Reklame.“

Dieser Antrag wurde angenommen. Aus der Diskussion verdient hervorgehoben zu werden, dafs Prof. Erb, Heidelberg, sich mit aller Entschiedenheit gegen die neuerdings mit steigender Sicherheit aufgestellte Behauptung, dafs geschlechtliche Enthaltsamkeit „ganz unschädlich“ sei, wandte, er habe in einzelnen nicht ganz seltenen Fällen Schädigungen im Sinne der Neurasthenie und Hysterie und zwar bei beiden Geschlechtern infolge sexueller Abstinenz beobachtet. Wir Ärzte hätten es eben mit einer grofsen Zahl kranker, nervöser Individuen zu thun, die oft schwer unter der Enthaltsamkeit litten. Prof. Neisser, Breslau, warnt davor, durch zu schwarzes Ausmalen der Gefahren in Vorträgen Syphilidophoben zu züchten.

Der 3. Punkt der Tagesordnung: „Das Wohnungselend der Grofsstädte und seine Beziehungen zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und zur Prostitution“, welchen die beiden Referenten Dr. Pfeiffer, Hamburg, und P. Kampffmeyer, Cronberg, als eine der Hauptursachen der Prostitution und der damit zusammenhängenden Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beleuchteten, betrifft mehr das Gebiet der Soziologie, so dafs wir ihn hier nicht weiter zu besprechen brauchen.

Den Höhepunkt des Interesses rief indes der 4. Punkt der Tagesordnung: „Nach welcher Richtung ist eine Reform der heutigen Reglementierung der Prostituierten möglich?“ wach. Während die überwiegende Zahl der Redner das heutige System der Reglementierung für unbrauchbar und dringend der Reform bedürftig erklärten, waren die Ansichten über die Art der Verbesserung sehr geteilt. Nur wenige teilten den rein abolitionistischen Standpunkt des Frl. Pappritz, Berlin, welche das Referat übernommen hatte. Die Mehrzahl näherte sich mehr dem Standpunkte des Korreferenten Prof. Neisser, Breslau, der eine Überwachung für unbedingt erforderlich hält, ihr aber einen mehr sanitären statt des bisherigen polizeilichen Charakters geben will. Neisser schlägt eine besondere, aus Richtern, Ärzten, Verwaltungsbeamten und Laien bestehende „Sanitätskommission“ vor, welche Prostituierte oder der Prostitution verdächtige Personen geeigneten ärztlichen Instanzen zur Überwachung und Behandlung und nur im Falle der Renitenz der Polizeibehörde überweisen solle. Prof. Lesser, Berlin, befürwortet in ähnlicher Weise Behandlungsanstalten, welche diese Überwachung und Behandlung übernehmen sollen. Für die Renitenten solle die Sittenpolizei im Hintergrunde als Schreckgespenst wirken. Dr. Blaschko, Berlin, und andere verlangen vor allem die Aufhebung des § 361, 6 des Strafgesetzbuches oder doch der Strafbarkeit der Prostitution an sich. Verschiedene Redner, vor allem Prof. C. Fränkel, Halle, plaidieren für „Kasernierung“ der Prostitution in der Form von sogen. „Kontrollstrassen“.

7. Bücherbesprechungen.

Consultations sur les maladies des voies urinaires à l'usage des Praticiens. Von G. de Rouville. (J. B. Baillière et fils. Paris 1903.) Angezeigt von R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Vorliegendes Werk, das der bekannte französiche Chirurg Tuffier in einer Vorrede aufs wärmste empfiehlt, wendet sich an die Praktiker in der Absicht, sie mit den wichtigsten, speziell chirurgischen, Behandlungsmethoden der Urologie bekannt zu machen und will ihnen vor allem in dringlichen Fällen ein treuer Berater sein. Dieser Aufgabe hat sich der Autor mit ausgezeichnetem Geschick entledigt. Nur ganz kurz wird Aetiologie und Klinik der Krankheiten besprochen, um dann um so eingehender die Behandlungsweise zu schildern. Aber auch hier werden nur in ganz kurzen knappen Sätzen, ohne ein überflüssiges Wort, die Hauptphasen des Eingriffes geschildert und durch gute Illustrationen erläutert. Wenn auch in erster Linie für die allgemeine Praxis bestimmt, dürfte das Buch doch auch für den Spezialisten von Wert sein, da es die wichtigsten Operationen von der Circumcison angefangen bis zur Nephrektomie, schildert, wobei aber alle ein ganz besonderes Spezialstudium oder besondere Geschicklichkeit voraussetzende Manipulationen, wie z. B. die Lithotripsie, nicht berücksichtigt worden sind.

Wenn allerdings der Verf. aus diesem Grunde eine eingehendere Beschreibung der Cystoskopie sich versagt, so ist das eine Beschränkung, die wir nicht gutheifsen können; denn die Cystoskopie ist heute schon, auch bei Nichtspezialisten als unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel anerkannt und wer, wie in dem vorliegenden Werke geschildert, Blasen- oder Nierenoperationen macht, wird des Blasenspiegels nimmermehr entraten können.

Im übrigen können wir das Buch empfehlen und würden, bei dem Mangel an solchen konzisen, nur für den Praktiker bestimmten Werken in unserer Litteratur, eine deutsche Bearbeitung desselben begrüfsen.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. (Band I, Nr. 1 u. 2.)

Gelegentlich der internationalen Leprakonferenz in Berlin warf Prof. Wolff--Strafsburg als erster die Frage auf, ob nicht das, was gegen die Lepra unternommen, viel notwendiger zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in die Wege geleitet werden müfste.

Dieser Anregung folgend, bahnte Dr. Dubois-Havenith eine internationale Verständigung an, die zur 1. internationalen Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im September 1899 in Brüssel führte und welche die Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale ins Leben rief.

In Erwägung, „dafs eine wirksame Aktion zur Bekämpfung der im deutschen Vaterlande vorhandenen Verhältnisse sich nur erzielen

lasse, wenn in ganz selbständiger Weise vorgegangen und eine Gesellschaft auf viel breiterer Basis geschaffen würde," kam es in den Pfingsttagen 1901 während des Kongresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau zur Gründung der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Brüsseler Société bildet mehr eine wissenschaftliche Arbeitsgesellschaft, diese, die „D. G. z. B. d. G." strebt an, möglichst weite Volkskreise zu belehren und zur Mitarbeit heranzuziehen.

Durch einen jährlichen Beitrag von 3 Mark (Berlin W. 9, Potsdamerstrafse 20) gewinnt man die Mitgliedschaft und das Recht auf unmittelbare Zustellung der Vereinsschrift (jährlich 6 Nummern).

Die ersten beiden Nummern liegen jetzt vor und enthalten Vorträge von Blaschko über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, von Lesser über deren Gefahren, von Kirchner über deren soziale Bedeutung und von Neisser über die Aufgaben der neu gegründeten Gesellschaft, welch letzterer Vortrag in fesselnder Form alle einschlägigen Fragen berührt.

Ein Brief des Herrn Reichskanzlers vom 17. 11. 02, in welchem derselbe mit vollster Zustimmung die Begründung der Vereinigung begrüfst, schliefst das 2. Heft. Sedlmayr-Borna.

Beiträge zur Ätiologie der Psychopathia sexualis. Von Dr. Iwan Bloch.

Im vorliegenden II. Teil erläutert der Verf. die Ätiologie der sadistisch-masochistischen Erscheinungen und der komplizierten Geschlechtsverirrungen, indem er energisch der Auffassung gegenübertritt, dafs dieselben allein durch Degeneration ihre Erklärung fänden.

Als letzte Ursache aller Irrungen bezeichnet Verf. das Variationsbedürfnis, das dem genus homo eigentümlich ist; er beurteilt dasselbe als eine physiologische Erscheinung und deren Steigerung zum geschlechtlichen Reizhunger (A. Hoche) als die Quelle der schwersten Perversionen.

Der Unterschied zwischen Mann und Weib in Wesen und Stärke des geschlechtlichen Empfindens ist ausdrücklich hervorgehoben.

Der eminente kulturelle Fortschritt, den eheliche Treue u. dergl. zur Bändigung und Abschwächung des sexuellen Reizhungers gewähren, tritt diesem Variationsbedürfnis gegenüber besonders deutlich zu Tage.

In vorbeugender Hinsicht wird die grofse Empfänglichkeit des kindlichen Gemütes gebührend betont und die Wichtigkeit der sorgfältigen Wegräumung aller Verführungen, vor allem zur Unnatur, nachdrucksvoll erörtert.

Verf. spricht sich entschieden gegen gänzliche Aufhebung des § 175 R. St. G. aus, befürwortet aber Revision.

Neu, doch wohl begründet durch die ganze Arbeit, ist der Satz: „ein völlig heterosexueller Mensch kann in ein typisch homosexuelles Individuum umgewandelt werden."

Das Buch ist lehrreich und interessant an jeder Stelle, auf die man einen Blick wirft; die zahlreichen Litteraturangaben erhöhen den Wert desselben. Sedlmayr-Borna.

Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? Von Dr. Max Silber, Arzt in Breslau.

Die vorliegende populär verständlich gehaltene Veröffentlichung bringt alles, was der Laie über die einschlägigen Krankheiten zu wissen braucht. Sie will anregen, die Unwissenden über die sie bedrohenden Gefahren und über ihre eigene Gefährlichkeit, nach erfolgter Erkrankung, zu warnen, und hat diese sich selbst gestellte Aufgabe in gelungener Weise erfüllt. Hinsichtlich der Prostitution wird vor allem die Notwendigkeit der Trennung der Sitten- von der Gesundheitspolizei betont, ferner eingeräumt, dafs heutzutage an eine Ausrottung der Prostitution weniger denn je zu denken sei, und dafs man, selbst als Gegner der Reglementierung, nicht ganz auf Sonderbestimmungen, die gegen Auswüchse gerichtet sind, wird verzichten können. Die Schrift ist, nach Entscheidung eines Richterkollegiums, von dem Vorsitzenden der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend, Kommerzienrat Dr. Schwabe, preisgekrönt.

Sedlmayr-Borna.

Zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidins und Selenins Klebs.

Von

Dr. med. **C. Krüger**,

Spezialarzt für Harnkranke in Bad Wildungen.

Die Urogenitaltuberkulose ist bekanntlich ein rechtes Schmerzenskind für den Arzt. Ich halte es nicht für richtig, den nihilistischen Standpunkt einzunehmen, dem operativ nicht zu behandelnden Tuberkulösen kräftigende Lebensweise, gute Luft, vielleicht die so bequem zu verordnende und doch auf die Dauer so schwer einzuhaltende Milchdiät vorzuschreiben und im übrigen die Sache gehen zu lassen „wie's Gott gefällt". Wenn auch bislang nicht ein einziges Mittel durchweg befriedigende und zuverlässige Wirkungen auf die tuberkulös erkrankten Harn- und Geschlechtsorgane entfaltet hat, so soll man sich meiner Ansicht nach dadurch nicht abhalten lassen, zumal angesichts der traurigen Prognose der nicht behandelten in Rede stehenden Erkrankungen, gerade hier neue Mittel in Anwendung zu ziehen, sofern sie theoretischen Überlegungen gegenüber als zum mindesten unschädlich erscheinen.

Alljährlich sucht eine nicht unbeträchtliche Anzahl Urogenitaltuberkulöser in Bad Wildungen Linderung ihrer Beschwerden. Dafs man durch Quellgebrauch keine Heilungen sieht, bedarf kaum der Erwähnung. Auch der Frage nach Besserung durch denselben habe ich im Beginn meiner Wildunger Thätigkeit so skeptisch gegenübergestanden, dafs ich die betreffenden Patienten meist alsbald wieder, nach Verordnung eines internen Medikamentes, nach Hause schickte und nur die in Wildungen behielt, denen man durch eine örtliche Therapie etwas leisten konnte. Im Laufe der Jahre bin ich von diesem Skeptizismus doch etwas bekehrt worden und zwar durch

Beobachtung einer ganzen Reihe von Besserungen, die lediglich der Quellanwendung zuzuschreiben waren. Um ein ungetrübtes Bild von ihrer Wirkung zu bekommen, sah ich vielfach von jedweder andern internen Behandlung ab und verordnete erst als Nachkur eines der gleich zu nennenden Medikamente. Ich konnte trotzdem gar nicht selten Rückgang der subjektiven Krankheitsäufserungen, bestehend in Nachlafs quälenden Harnzwanges, Verlängerung der Miktions-Pausen sowohl als auch Besserung des objektiven Befundes — Verringerung, ja Schwinden der nächtlichen Blutungen, Abnahme des Albumen- und Eitergehaltes des Urins —, konstatieren. Ein sehr mifsliches Ding bleibt aber der Umstand, dafs man auch nicht einmal mit annähernder Sicherheit voraussagen kann, welche Erkrankungsformen der Urogenitaltuberkulose diese günstige Beeinflussung erfahren werden. Einmal sind es schwere, weit vorgeschrittene Destruktionsprozesse in Nieren und Blase, die sich auffallend unter Quellgebrauch bessern, ein anderes Mal versagen unsere Mineralbrunnen bei Initialerkrankungen völlig. Wohl hatte ich den Eindruck, als seien die mit hohem Harnsäuregehalt einhergehenden Formen die dankbaren Behandlungsobjekte, und das würde ja auch am ehesten theoretisch sich erklären lassen; doch diesen Eindruck zur Aufstellung eines Leitsatzes zu verwerten, würde mir gewagt erscheinen. — Eine kurze Berücksichtigung bedarf noch die Art der Verordnungsweise unserer Mineralwässer. Der Kurgast trinkt gewöhnlich früh, nachmittags gegen 5 und vielleicht auch noch gegen 11½ Uhr mittags sein ihm vorgeschriebenes Quantum Wasser. Dies Gesetz pflanzt sich wirklich „wie eine ew'ge Krankheit" fort. Richtig zu individualisieren, das allein kann meiner Ansicht nach hier Erfolge schaffen. Jemandem, der durch halb-, ja viertelstündigen Harndrang gequält wird, auf einmal ein relativ grofses Quantum eines harntreibenden Wassers zu verordnen — und der Inhalt selbst nur eines Brunnenglases der normierten Gröfse von 150 und 200 ccm stellt in solchen Fällen ein solches dar —, ist geradezu grausam. Ein solcher Patient mufs die Quelle anfangs schluckweise geniefsen, in stündlichen oder anderthalbstündigen Intervallen, und ganz allmählich ansteigen; die Erfahrung, dafs durch solche kleine, öfters dargebotene Quantitäten Quellwassers das lästige Dranggefühl — wohl durch Eliminierung reizender Substanzen und durch Verdünnung des Harnes — meist wesentlich herabgesetzt wird hat mich bewogen, in geeignet erscheinenden Fällen sogar nachts Helenenbrunnen trinken zu lassen. Die Nachtruhe wird, so

paradox es klingen mag, eher dadurch verbessert als verschlechtert. Genannte Quelle ist so leicht verdaulich, dafs sie bei Ausschaltung gewisser, erfahrungsgemäfs mit ihrem Genufs kollidierender Nahrungsmittel, wie Salate, frisches Obst etc., selbst kurze Zeit vor und nach den Mahlzeiten allermeist gut vom Magen und Darm vertragen wird. An der Unzweckmäfsigkeit der Quellverordnung scheitert gar mancher sonst zu erzielende Kurerfolg! Dann heifst es kurzerhand: Die Quelle erwies sich als unwirksam. Bei aller Anpassung an den Einzelfall erscheint aber, wie bereits erwähnt, die Wirkung unserer natürlichen Heilfaktoren in Wildungen keineswegs durchgehends zuverlässig quoad Besserung der Urogenitaltuberkulose. Hinzu kommt noch ein zweiter Übelstand, dafs sich nach Aussetzen des Kurgebrauches sehr bald der status quo ante wieder einzustellen pflegt. Liegt es schon deshalb nahe, eine medikamentöse Behandlung neben Verordnung jener zu Hilfe zu nehmen, so rechtfertigt der Wunsch einer auf Heilung hinzielenden Therapie erst recht diese Kombination, zumal nach meinen Erfahrungen die Wirkung von Medikamenten mit der unserer Mineralbrunnen durchaus nicht kollidiert. So habe ich Ichthyol, Kreosot, Kreosotal, Guajakol u. a. innerlich gegeben. Die Erfolge dieser kombinierten Behandlung waren teilweise ganz ungenügende, teilweise einigermafsen zufriedenstellende, nie wirklich gute. Vor etwa Jahresfrist ordinierte ich zum ersten Mal das Klebssche Tuberkulocidin und Selenin. Die Patienten nahmen es zum Teil konsequent Monate hindurch, sodafs ich mir ein Urteil über die Wirkungsweise jener Mittel bei ihnen bilden konnte. Eine kurze Wiedergabe meiner Beobachtungen halte ich für gerechtfertigt, weil die Veröffentlichungen über diese Behandlungsmethode, besonders im Kampf gegen die Urogenitaltuberkulose, noch spärliche sind, und weil dieselbe mir wirkungsvoller erschien als die bisher mit den zum Teil bereits genannten Mitteln zur Anwendung gekommenen. Ehe ich auf die Einzelheiten der Klebs'schen Therapie eingehe, will ich, als auf das Nachfolgende Bezug habend, in Kürze meinen Standpunkt hinsichtlich der örtlichen Behandlung der Urogenitaltuberkulose wie folgt präzisieren.

Bei tuberkulöser Erkrankung einer Niere — descendierender Prozefs — rate ich, sofern die andere auf Grund der uns zur Verfügung stehenden Kriterien vorhanden ist und gesund erscheint, zur Nephrektomie resp. plus Ureterektomie, selbst wenn die Blase bereits krank; sie bedarf dann nach der Operation einer energischen Lo-

kalbehandlung event., in Verbindung mit interner Medikation. Eine Indikation contra Operation besteht, falls aufserdem bereits eine Nebenhoden-, Samenblasen- oder Prostata-Tuberkulose konstatierbar ist.

Bei Erkrankungen eines oder beider Nebenhoden bezw. Hoden und der Blase ohne nachweisbare Pyelitis oder Pyelonephritis tuberculosa behandle ich konservativ. Die Epididymitis ist meist ein dankbares Behandlungsobjekt für Stauung nach Bier. Leider versteht sich der Wildunger Kurgast nur zu ungern dazu, im Beginn derselben Bettruhe einzuhalten, und doch ist solche meiner Ansicht nach durchaus notwendig, bis man den Grad von Stauung, den der Patient verträgt, ausprobiert, und bis dieser sich an die Unbequemlichkeit gewöhnt hat. Selbst bei fistulösen Nebenhoden- und Hodenprozessen habe ich einige überraschend gute Erfolge gesehen.

Eine Epididymitis tuberculosa ohne jedwede Komplikation seitens der Prostata, Samenblasen etc. habe ich nicht oft beobachtet; bekanntermafsen gehen die Ansichten hierüber auseinander; in seiner ausführlichen Arbeit „Über die Resultate der Kastration bei Hodentuberkulose“ kommt Haas zu dem Schlufs, die primäre isolierte Hoden- bezw. Nebenhodentuberkulose sei keine Seltenheit. In solchen Fällen würde ich der operativen Entfernung des erkrankten Nebenhodens + Hodens mehr zuneigen als einer Teilexcision.

Was die Blasentuberkulose anbelangt, so behandle ich örtlich, auch wenn sie keine subjektiven Krankheitsäufserungen zeitigt:

1. in den erwähnten Fällen von ascendierender Tuberkulose bei Freisein der Ureteren, Nierenbecken und Nieren;

2. wenn die Blasenerkrankung die einzige tuberkulöse Lokalisation ist, so nach voraufgegangener Nieren-Ureter-Exstirpation etc.

Aufserdem behandle ich örtlich, wenn Blasenbeschwerden bestehen, einerlei welche Organe ergriffen sind, und wie weit der tuberkulöse Prozefs bereits vorgeschritten ist.

Nachdem ich die zahlreichen zur lokalen Behandlung der Blasentuberkulose empfohlenen Mittel so ziemlich alle ein- oder mehrere Male durchprobiert, habe ich in den letzten zwei Jahren mich vorwiegend dem Sublimat zugewendet. Leider giebt es Patienten, bei denen es trotz vorsichtigster Applikation derartige Reizwirkungen entfaltet, dafs man von einer Fortsetzung mit ihm abzusehen gezwungen wird. Ich glaube aber mit Bestimmtheit, dafs die Sublimatbehandlung wie keine andere wenigstens die Se-

kundärinfektion der primär tuberkulös infizierten Blase zu bekämpfen und vernichten geeignet ist, und dieses Moment wird von gröfster Bedeutung dann sein, wenn man innere Mittel wie das Klebssche Tuberkulocidin verordnet und von ihnen Erfolge sehen will. Bei der örtlichen Behandlung mit Sublimat kommt ganz aufserordentlich viel auf die Technik ihrer Ausführung an, und seitdem ich vorschriftsmäfsig die Blase tropfenweise entleere — ich verwende dazu einen Guyon-Katheter — und die Lösung Tropfen für Tropfen mit der Guyonspritze instilliere, sehe ich viel geringere Reizerscheinungen als früher.

Ich pflege mit einer Lösung 1,0:9000,0 zu beginnen und bringe davon 5 bis 10 ccm in der beschriebenen Weise in die Blase. Je stärker ich die Konzentration wähle, desto geringer fällt das Injektionsquantum aus; auf diese Weise gelang es mir, wenigstens bei der Mehrzahl der Behandelten, bis auf 1,0:2000,0 zu steigen, wovon ich 2—4 ccm instilliere. Ganz ausnahmsweise begegnete ich Patienten, die Sublimat in Stärke von 1,0:1000,0 eine Zeitlang vertrugen, oder richtiger gesagt, sich gefallen liefsen. Ehe der Reiz der letzten Behandlung nicht völlig geschwunden ist, darf die Sitzung nicht wiederholt werden. Am längsten kann der Patient die Injektion halten bei erhöhter Lagerung des Beckens und Tieflage des Oberkörpers und sofern er nicht vorzeitig aufsteht und umhergeht. Hat man sich durch die hier sehr wünschenswerte Cystoskopie von der Lokalisation des tuberkulösen Prozesses überzeugt, so thut man weiter gut daran, den Kranken nach erfolgter Behandlung alsbald die dem Sitz der Erkrankung entsprechende Lage bezw. Haltung einnehmen zu lassen. Ist das Trigonum in seinem unteren Abschnitt oder nur der Blasenhals erkrankt, so mufs man sich des Vorteiles der Beckenhochlagerung begeben, ja den Patienten unter Umständen eine sitzende, vornübergebeugte Körperhaltung einnehmen lassen. Bei der descendierenden Tuberkulose wird die entsprechende Uretergegend, bei der ascendierenden der Fundus Prädilektionssitz der Erkrankung sein. Über die primäre Blasentuberkulose fehlen mir genügende eigene Erfahrungen. Sie soll mit Vorliebe an der hinteren Blasenwand beginnen. Die Beleuchtung erachte ich für unbedingt wünschenswert, besonders aus dem Grunde, weil man an ihr das beste Kontrollverfahren hinsichtlich therapeutischer Wirkung der verschiedenen Mittel besitzt. Leider macht uns oft das gesteigerte Schmerzgefühl der Urogenitaltuberkulösen, ferner der Umstand, dafs meist schon frühzeitig ein mehr oder weniger erheblicher

Grad von Schrumpfblase sich entwickelt, und schliefslich die Thatsache, dafs solche Kranke leicht mit Schüttelfrost und Verschlechterung ihres Zustandes auf Manipulationen mit Metallinstrumenten in Harnröhre und Blase reagieren, einen Strich durch unser Vorhaben, das der zeitweisen Kontrolle durch Cystoskopie. Stöfst trotz aller Vorsicht die Fortsetzung der Sublimatbehandlung auf grofse Schwierigkeiten, so verwende ich Jodoform und in letzter Zeit auch Ichthargan. Zu der von vielen Seiten als nutzlos getadelten und deshalb verworfenen Jodoformbehandlung möchte ich bemerken, dafs ich bei täglich 1- bis 2-maliger Anwendung ganz schwacher Emulsionen weit bessere Erfolge sah als durch stärkere Einspritzungen in gröfseren zeitlichen Intervallen. Man vermeidet zudem unwillkommene Reizwirkungen und Konkretionsbildungen, wie man sie bei Anwendung stark konzentrierter Emulsionen ab und zu beobachtet. Ichthargan verwende ich in Stärke von 0,05 bis 0,5 : 100,0, wovon 10 bis 2 ccm in die tropfenweise entleerte Blase in gleicher Weise einzuträufeln sind; es schmerzt wenig, scheint dem Jodoform entschieden überlegen, dem Sublimat annähernd gleichwertig zu sein.

Ich gehe nun zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit dem Tuberkulocidin (Te-Ce) und Selenin (Se) Klebs über. Das erstere soll ursächlich gegen den tuberkulösen Prozefs wirken; seine Anwendung auch neben der lokalen Therapie bei Blasentuberkulose halte ich schon deshalb für indiziert, weil man trotz aller Vervollkommnung unserer diagnostischen Hilfsmittel über die Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses in einem Irrtum befangen sein kann. Das Selenin, welches sich gegen den häufigsten Erreger der Mischinfektion, den Diplococcus semilunaris, richtet, könnte auf den ersten Blick die örtliche Behandlung mit Sublimat etc. überflüssig erscheinen lassen; indessen ist es doch nicht immer gesagt, dafs nur er beim Zustandekommen jener beteiligt ist, und aufserdem wird man im Kampfe gegen einen so mächtigen Feind alle erprobten Hilfskräfte ins Feld führen. Ich habe Te-Ce sowohl wie Se nur per os gegeben. Klebs benutzt sie auch bei sehr schmerzhaften Harnblasen-Tuberkulosen zu vesikalen Injektionen nach voraufgegangener Kokaïinisierung, doch bin ich bisher bei der auch von Klebs anerkannten lokalen Behandlung mit Sublimat geblieben, um nicht mit zu viel Neuem, bislang von mir nicht Geübtem arbeiten zu müssen, und weil sich mir das Sublimat so oft gut bewährt hatte. In Zukunft werde ich jedoch Te-Ce und Se auch vesikal anwenden,

da das letztere, wie mir Prof. Klebs unlängst mitteilte, ausgesprochen reizmildernd hier wirkt, und man sich von der unmittelbaren Wirkung des Te-Ce auf die Blase, vielleicht auch von einer Resorption auf Prostata, Samenblasen etb. besonders raschen Erfolg versprechen darf. Um andere Kokkenarten und die meist aus dem Darm abstammenden Bazillen am Eindringen in das Körperinnere abzuhalten, habe ich, streng den Klebsschen Vorschriften folgend, auf sorgfältige Desinfektion der Körperoberfläche und insbesondere der Öffnungen des Darmes und Geschlechtsapparates Wert gelegt. Die Patienten waschen sich zu diesem Zwecke täglich einmal mit Sandseife und Chinosollösung 1,0:1000,0, nehmen Mund- und Rachenspülungen mit einer 0,5 %igen Lösung des gleichen Medikamentes nach jeder Mahlzeit vor und reinigen Anal- und Urethralöffnung resp. Scheide nach der Defäkation und Miktion noch besonders mit ersterwähnter Solution. (Vergl. „Bakterio-therapeutische Präparate von Dr. Edwin Klebs, Hannover 1902. Rump & Lehners, Hannover. Im Selbstverlag".) Bedenkt man, dafs der Patient neben Einhaltung dieser Vorschriften noch örtlich behandelt wird und mehrmals täglich seine Tropfen nehmen mufs, so erscheint jede Fortsetzung einer Berufsthätigkeit beinahe unmöglich, wenigstens während der ersten Zeit der Behandlung, bis er sich an die vielen kleinen, ihm bis dato meist unbekannten Vorrichtungen gewöhnt hat.

Ich lasse nun die Krankengeschichten dreier Patienten in Kürze folgen. Sie unterzogen sich 4, 5 und 7 Monate der Behandlung nach Klebsscher Methode. Ihre Erkrankungen bestanden in Nieren- und Blasentuberkulose, teilweise mit sonstigen Komplikationen. Eine Anzahl anderer Urogenitaltuberkulöser setzte die Behandlung nicht genügend lange Zeit fort, um dem Arzte ein einigermafsen abschliefsendes Urteil zu gestatten.

I. **Beobachtung**: Dauer derselben vom 24. VII. 02 bis 26. II. 03.

Frau W. aus Riga, jetzt in Deutschland lebend, trat am 24. VII. 1902 in meine Behandlung, verblieb 7 Wochen in Wildungen, nahm Tuberkulocidin und Selenin per os vom 3. VIII. 1902 bis jetzt angeblich mit nur wenige Tage betragenden Unterbrechungen fort und stellte sich Ende Februar 1903 zur Kontroll-Untersuchung mir wieder vor. Die 30jährige Frau, Mutter gesunder Kinder, erblich nicht mit Tbk. belastet, ist vor ca. 1½ Jahren wegen linksseitiger käsiger Nieren- und partieller Uretertuberkulose nephrektomiert; der Ureter wurde, soweit es feste Verwachsungen mit der Umgebung zuliefsen, mit entfernt. Schon damals war auch die Blase krank, doch ward nicht cystoskopiert. Die rechte Niere war anscheinend gesund. Nach der Operation hörten

die bis dahin häufigen Schüttelfröste und das intermittierende Fieber auf, die Blasenbeschwerden bestanden weiter, ja wurden noch ärger. Keine Gewichtszunahme. Seit $^{3}/_{4}$ Jahren sogar Abmagerung um ca. 12 Pfd., Einsetzen von ziehenden, anfallsweise sich verstärkenden Schmerzen in der rechten Nierengegend, Zunahme des quälenden häufigen Harnbedürfnisses. Hervorzuheben ist, dafs das Körpergewicht trotz leidlich guten Appetites sinkt. Die Menses werden unregelmäfsig.

Objektiver Befund, am 25. und 26. VII. 1902 erhoben: Blasse Frau, 67 kg an Gewicht, korpulent, dabei chloroanämisch, ohne Fieber, ohne Nachtschweifse, ohne Durchfälle, klagt über meist halbstündigen, schmerzhaften Harndrang, Schmerz beim Gehen in der Blasengegend, nach der Scheide ausstrahlend, und allgemeines Mattigkeitsgefühl. Blutbefund: 68 % Hämoglobin (nach Fleischl), Zahl der r. Bltk. im cbmm 2,200 000; w. Bltk. nicht vermehrt. Lungen und Herz nicht nachweisbar erkrankt, keine stärkere Lymphknoten-, keine Milz- noch Leberschwellung. Links feste, unempfindliche Narbe in Nieren-Harnleitergegend. Rechte Niere nicht fühlbar vergröfsert, doch etwas druckempfindlich, ebenso wie die Blase, besonders diese bei bimanueller Untersuchung. Uterus und Adnexe fühlbar normal. Menses schwach, nicht geregelt. Die Blase fafst bei sehr allmählicher Anfüllung ca. 95 g, das Quantum des spontan entleerten Urins beträgt dagegen im Mittel nur 45 g. Der Katheterismus mit weichen Instrumenten ist bei Anwendung grofser Behutsamkeit dennoch schmerzhaft. Der blafsgrünliche, leicht getrübte Harn, dessen 24stündige Menge durchschnittlich 2 Liter beträgt, reagiert schwach sauer, hat in Mischprobe von Tag und Nacht ein spezifisches Gewicht von 1,012, weist neben einer ziemlich starken Nukleo-Albumin-Reaktion nahezu 1 ‰ Eiweifs auf; der Leukocytengehalt erklärt diese Quantität Albumen nicht. Kein Zucker. Im Sediment des mit dem Katheter entnommenen Urins finden sich Cylindroïde, spärliche hyaline Cylinder, ziemlich reichlich Leukocyten, sehr vereinzelte frische r. Bltk., besonders im Nachtharn; unter vielen Präparaten nur in zweien neben massenhaften Bakterien wenige säurefeste Bazillen, deren Identität mit Tub.-Baz. keinem Zweifel unterliegt. Cystoskopischer Befund: Nach Anästhesierung mit Antipyrin Beleuchtung bei annähernd 100 g Füllung. Die Schleimhaut der oberen Blasenwand sowie die der Seitenwände ist blafs, hat durchgehends wenig Glanz, läfst aber sonstige Abnormitäten im Aussehen in keiner Weise erkennen. Auffallend ist eine aufsergewöhnliche objektive Empfindlichkeit der Blase, insofern durch leichte Berührungen mit dem Cystoskopschnabel Kontraktionen derselben ausgelöst werden, ohne dafs ein nennenswertes Schmerzgefühl geklagt wird. Ich habe noch nie eine derartige objektive Überempfindlichkeit beobachtet. Die Harnleiterwülste treten beiderseits deutlich hervor; die Uretermündung rechterseits imponiert als feiner Schlitz; der zeitweise ausgespritzte Harn schien mir klar zu sein. Linkerseits befindet sich an Stelle des Schlitzes eine seichte ovale Vertiefung, deren untere Cirkumferenz bei starker Annäherung des Lämpchens an die Schleimhaut in Linsengröfse ulceriert, mit wallartiger hochroter Umgebung und grauem Belag im Grund erscheint. In der Umgebung dieses Ulcus neben stark injizierten Gefäfsbäumchen 5 bis 6 Ekchymosen, stecknadelkopfgross und kleiner. In der Richtung des ehemaligen Urinstrahles geht von dem Ulcus eine bis zum Orificium int. sich erstreckende schmale Strafse leicht gewulsteter und stark geröteter Schleimhaut, die zu beiden

Seiten kleine und kleinste Blutaustritte in der Mucosa aufweist und in einem Schleimhautdefekt von annähernd der gleichen Gröfse wie oben endet. Derselbe imponiert als Ulcus mit gezackten Rändern, reinem Geschwüresgrund im Gegensatz zu dem vorher beschriebenen, und wenig aufgeworfener hochroter Schleimhaut-Umgebung, auf deren Höhe geradezu ein Kranz von Ekchimosen sichtbar ist. Nirgends tuberkelartige Bildungen. Berührung des letzterwähnten Geschwüres mit dem Schnabel des Cystoskopes ist für die sonst nicht allzu sensitive Patientin offenbar aufserordentlich empfindlich und löst so starke Zusammenziehungen der Blase aus, dafs Injektionsflüssigkeit neben dem Instrument entweicht, und die Beleuchtung beendet werden mufs. Etwas absolut charakteristisches für Tuberkulose hatte auch in diesem Falle der Blasenbefund — wie es Regel zu sein pflegt — nicht; doch konnte in Verbindung mit dem mikroskopischen Untersuchungs-Resultat, dem Nachweis der Bazillen, die Diagnose auf Geschwürsbildung in der Blase tuberkulöser Ätiologie gestellt werden. Einen positiven Anhalt für das Bestehen einer rechtsseitigen Nierentuberkulose ergab die Beleuchtung nicht. Indessen wurde dadurch natürlich die Diagnose „Nephritis dextra" in keiner Weise erschüttert. Eiweifs- und Cylindergehalt des Urins bewiesen sie zur Genüge, nur blieb ihr Charakter unklar; dafs es auf eine tuberkulöse Nierenaffektion hinauskam, machte der später zu erwähnende therapeutische Erfolg der Klebsschen Mittel sehr wahrscheinlich. Man hätte andernfalls, da zur Zeit der Operation sich die rechte Niere als nicht erkrankt erwiesen hatte, ja vielleicht an eine Überlastung derselben nach Exstirpation der linken denken können (?).

Therapie: Vom 24. VII. 1902 bis 2. VIII. 1902 täglich 300—400 ccm Helenenquelle mit Milch in kleinsten Einzelgaben, ein um den andern Tag ein warmes Mineralbad, möglichst eiweifsreiche, gewürzlose Kost, eiweifsreich trotz der bestehenden Nephritis, da von vornherein Tuberkulose als die wahrscheinlichste Ätiologie angenommen wurde. Als nach Ablauf dieser 10 Tage die Beschwerden eher gröfser als geringer geworden waren, ging ich am 3. VIII. 1902 zur spezifischen Behandlung mit den Klebsschen Medikamenten über. Von örtlicher Blasenbehandlung sah ich zunächst ab, um die Wirkungsweise der neuen Therapie in möglichst ungetrübtem Bilde zu sehen. Ich that, wie ich mich bald überzeugen mufste, nicht gut daran. Tuberkulocidin wurde in einer Anfangsdosis von 4 Tropfen (0,20 ccm) — $1^1/_2$ St. nach der ersten Mahlzeit und nach dem Mittagessen je 2 Tropfen in etwas Wasser — gegeben, und da die Mitteltemperatur des letzten Behandlungstages im weiteren Verlauf niemals die des Vortages überstieg, so liefs ich täglich 2 Tropfen zulegen bis auf 30 Tropfen (1,5 ccm) pro die. Selenin wurde in der Einzeldosis von 1 ccm während der ersten Woche täglich 2mal, von dann ab 3mal dem Te-Ce in Wasser zugesetzt. Daneben wurden Waschungen des ganzen Körpers, Scheidenspülungen etc. wie eingangs beschrieben mit Chinosollösungen gewissenhaft von der Pat. vorgenommen. Irgend welche unliebsamen Nebenwirkungen beobachtete ich nicht, doch konnte ich auch leider keinen positiven Erfolg im Zustand der Blase und des Urinbefundes feststellen. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil freilich bestand in der auffallenden Hebung des Appetites. War derselbe auch vor Einleitung dieser Therapie schon nicht schlecht, so konnte man ihn jetzt, ohne sich einer Übertreibung schuldig zu machen, als „Wolfshunger" bezeichnen. Die Folge davon war eine Zunahme des Körpergewichtes von $2^1/_2$ Pfd. inner-

halb von 14 Tagen. Klebs hebt in seinen Mitteilungen nachdrücklich hervor, dafs seiner Ansicht nach in dem Überwiegen der Mischinfektion besonders mit dem Diplococcus semliunaris ein häufiger Grund von Versagen des Tuberculocidins zu finden sei. Dessen eingedenk begann ich am 17. VIII. 1902 mit örtlicher Sublimatbehandlung der Blase in der eingangs beschriebenen Weise. Daneben gebrauchte die Patientin 30 Tropfen Tuberkulocidin und 3 ccm Selenin pro die weiter. Vom 25. VIII. 1902 etwa ab begann sich ihr Befinden hinsichtlich der Blase rasch zu bessern. Am 3. September, 2 Tage vor der Abreise von Wildungen, nahm ich folgenden Status auf: Blasse Frau, 70,5 kg schwer, korpulent, ohne Fieber, klagt über vermehrten $1^1/_2$—2stündigen Harndrang sowie über ein leicht schmerzendes Ziehen zum Schlufs der Miktion. Indessen sei der Schmerz ganz wesentlich geringer geworden; während er beim Gehen früher sehr lästig empfunden wurde, habe er sich gänzlich verloren, desgl. das grofse Mattigkeitsgefühl, das sich vordem besonders nach den die Regel bildenden schlechten Nächten einzustellen pflegte. Blutbefund: 75% Hämoglobin, Zahl der r. Bltk. im cbmm: 2,800000. Die r. Niere nicht fühlbar vergröfsert, leicht druckempfindlich; die Blasengegend, auch bei bimanueller Untersuchung, nur in geringem Mafse empfindlich; das Quantum des spontan entleerten Urins beträgt im Mittel 130 ccm; die Blasenkapazität bei sehr allmählicher Anfüllung mit reizloser Kochsalzlösung 180 ccm, dabei ist der Katheterismus nicht schmerzhaft. Der Harn, bei instrumenteller Entleerung ganz leicht getrübt, klärt sich beim Stehen rasch und läfst nur eine mäfsig starke weifsgraue nubecula ausfallen, die mikroskopisch aus Leukocyten, spärlichen Cylindroïden und sehr vereinzelten hyalinen Cylindern besteht; keine r. Bltk., Reaktion sauer spezifisches Gewicht im Mittel 1,014. Der Harn, klar filtriert, trübt sich auf Zusatz verdünnter Essigsäure deutlich, doch diese Opaleszenz nimmt nach Hinzufügen von Ferrocyankaliumlösung nur unmerklich zu. Quantitative Bestimmung liefert mit den gewöhnlichen Methoden kein Resultat. Tuberkelbazillen konnte ich im zentrifugierten Sediment nicht nachweisen. Da die Patientin nach weiterem Fortgebrauch der Klebsschen Mittel 4 Wochen später wiederzukommen versprach, verschob ich eine Cystoskopie bis dahin. Aus den 4 Wochen wurden aber reichlich $5^1/_3$ Monate. Die Pat. stellte sich erst Ende Februar 1903 wieder bei mir vor, da es ihr gut ergangen sei bei beinahe ununterbrochenem Weitergebrauch der erwähnten Medikamente. Seit Anfang Februar 1903 ist sie auf meinen schriftlichen Rat hin bis auf 40 Tropfen Te-Ce (2 ccm), der Volldosis, gestiegen. Hier kurz der Befund: Das Körpergewicht ist auf 74 kg gestiegen, die Pat. mufs bei Tage etwa alle 3 Stunden, in der Nacht 2, allerhöchstens 3mal urinieren. Der Akt desselben ist im allgemeinen schmerzlos; nach kälteren Getränken, den ausnahmsweise genossenen Alkoholicis oder sonstigen Reizen der Diät schliefst die Miktion mit leichtem Brennen in der Harnröhre. Beim Gehen keinerlei Beschwerden, desgl. beim Fahren, ja sogar Reiten. Allgemeinbefinden gut. Der Harn ist klar bis auf ein leicht vermehrtes Schleimwölkchen, reagiert sauer, hat ein spezifisches Gewicht von 1,014 im Mittel, enthält kein renales Eiweifs, giebt aber die Nukleoalbuminreaktion. Keine Cylinder noch Cylindroïde im Sediment! Vermehrter Gehalt an Leukocyten, keine Tuberkel-Bazillen. Die Blase fafst 240 ccm physiologischer Kochsalzlösung, der Katheterismus ist schmerzlos. Die Blasenbeleuchtung, ausgeführt bei 180 ccm Füllung, läfst folgendes Bild erkennen:

die Schleimhaut der oberen Halbkugel sowie die der Seitenwände ist blafs, zeigt wenig Glanz. Am rechten Harnleiterwulst, der schlitzförmigen rechten Uretermündung und dem rechten Schenkel des Trigonum ist die Mucosa blutreicher als an den eben genannten Segmenten, läfst aber Abweichungen von der Norm nicht erkennen. Der ausgespritzte Harn scheint völlig klar zu sein. Die bei der früheren Cystoskopie so auffallende objektive Empfindlichkeit der Blase, die bei leisester Berührung mit dem Instrumenten-Schnabel in Kontraktionen ihren Ausdruck fand, hat ganz wesentlich abgenommen, so zwar, dafs Berührung gesunder Teile unbeantwortet bleibt, und nur die der ehemaligen geschwürigen Flächen leichte Zusammenziehungen auslöst. Die linke Harnleitermündung stellt ein flach-ovales, im Zentrum anscheinend etwas stärker als früher eingezogenes Grübchen dar, dessen obere Cirkumferenz absolut reaktionslos, dabei aber abgestumpft im Glanz erscheint, dessen untere an Stelle des ehemaligen Ulcus eine abgeflachte, gleichmäfsig hellrosa farbige Fläche darstellt, zu der büschelförmig kleinste Gefäfsbäumchen hinziehen. Ekchymosen fehlen; dagegen sieht man in der Umgebung jener Partie kleinste bis stecknadelkopfgrofse, runde Fleckchen von weifslichem Glanz bei starker Annäherung der Lampe an die Schleimhaut. Ihre Deutung fiel mir schwer. Ich glaubte kleine Narben vor mir zu haben. Die Wulstung und Injektion der zum Orificium hinziehenden Schleimhaut-Strafse, von der s. Zt. die Rede sein konnte, ist bis auf eine vielleicht etwas vermehrte Blutfülle verschwunden. Desgleichen ist von einem Mukosa-Defekt am Blasenausgang nichts mehr zu konstatieren, nur weist auch diese Stelle jene büschelförmige Gefäfsvermehrung und -verästelung auf, einem Zentrum zustrebend. Ich glaubte, mit Sicherheit in diesem mehrere sehr kleine Ekchymosen erkennen zu können. Die ausgiebigen Manipulationen bei der ziemlich lange dauernden Beleuchtung wurden sehr gut vertragen. Die Patientin erhält während 10 tägiger Behandlung vorsichtshalber noch 3 Sublimat-Instillationen und wird angewiesen, bis auf weiteres mit dem Gebrauch von Te-Ce (2 ccm pro die) und Se (3 ccm pro die) fortzufahren.

II. Beobachtung: Dauer derselben vom 15. VIII. 1902 bis 19. I. 1903. Kaufmann M. aus Hamburg konsultierte mich auf der Durchreise in Wildungen Ende Juli 1902, blieb dann später 5 Wochen dort in meiner Behandlung, referierte in der Folge regelmäfsig schriftlich über sein Befinden und stellte sich am 19. I. 1903 zur Kontroll-Untersuchung bei mir vor.

Der 34 jährige Patient, dessen Mutter und zwei Geschwister an Lungentuberkulose starben, ist Vater dreier Kinder, von denen zwei skrofulös sein sollen. Er selbst litt als Kind an Drüsenschwellungen, derentwegen er sich zweimal Operationen am Halse unterziehen mufste. Mit 26 Jahren überstand er eine schwere, sich in die Länge ziehende Pleuritis und hustet seitdem; auch magerer ist er geworden, auffallend jedoch erst seit zwei Jahren und zwar seitdem sich Harnbeschwerden einstellten. Er wurde eigentlich erst aufmerksam auf sein Harnleiden, als er eines Morgens den Nachturin blutig gefärbt fand. Trotz örtlicher Behandlung mit Blasenspülungen (Borsäurelösung!) und innerer Darreichung von Kreosot, trotz eines mehrwöchigen Aufenthaltes in Münster a. Stein, trotz dreimonatiger Sanatoriumspflege bei einem „Naturarzt“ ist der Kranke schwächer und schwächer geworden parallel mit der Verschlimmerung seines Harnleidens.

Befund am 15. und 16. VIII. 1902. Grazil gebauter, sehr blasser, magerer Mann fast ohne jegliches Fettpolster, 62 kg schwer, mit abendlicher Temperatur von $38^1/_2$ resp. 38^0, beschleunigtem Puls von 88—96 Schlägen in der Minute, klagt z. Zt. über halbstündigen und häufigeren Urindrang, der besonders im Beginn und zum Schlufs der Miktion aufserordentlich schmerzhaft ist. Der Schmerz strahlt vom Damm in die Eichel aus. Die weiteren Klagen beziehen sich auf grofses Mattigkeitsgefühl, Nachtschweifse, geringen Hustenreiz. Der Appetit fehlt, der Stuhlgang neigt zu Retardation. Die linke vordere Thoraxhälfte bleibt bei der Atmung wesentlich zurück; der Klopfton ist in der Ober- und Unterschlüsselbeingrube sowie l. h. o. bis zur Spina scapulae leicht gedämpft, das Atemgeräusch daselbst abgeschwächt. Spärliche helle klingende Rasselgeräusche sind links oben vorn und hinten hörbar; keine Kavernensymptome. Keine frische Pleuritis. Der sonstige Befund an Lungen und Herz giebt nur zu bemerken, dafs letzteres nach links um etwa 1 cm verlagert ist, wohl verzogen durch Verwachsungen; Zeichen der Dilatation oder Dilatationshypertrophie fehlen. Über den grofsen Venenstämmen ist lautes Blasen hörbar. Sputum rein schleimig, spärlich. Tuberkelbazillen sind bisher, wie der Pat. angiebt, nicht gefunden. Ich selbst habe aus Zeitmangel nicht daraufhin untersucht, und da mir der Nachweis von Tuberkelbazillen im Harnsediment gelang, erschien mir die Ätiologie des Lungenprozesses, ganz abgesehen von seiner Entwickelung, nicht zweifelhaft. An beiden Halsseiten Operationsnarben neben kirschkerngrofsen Lymphknoten. Keine nachweisbare Milz- und Leberschwellung. Beide Nieren nicht palpabel vergröfsert, unempfindlich. Dagegen ist die Blasengegend sehr druckschmerzhaft. Beide Nebenhoden und Hoden normal. Bei der Rektaltouchierung fühlt man die Prostata-Seitenlappen in toto nicht vergröfsert, aber eine vom oberen Pol des linken zur entsprechenden Samenblase hinziehende ziemlich derbe, druckempfindliche Resistenz und mehrere umschriebene halbkirschkerngrofse Knoten in dem gleichen Lappen. Die Schleimhaut des Orific. urethrae extern. ist leicht ektropioniert. Der Katheterismus gelingt mit Jacques Nr. 17, die Urethra posterior ist sehr empfindlich. Die Blase hält sowohl bei spontaner als artefizieller Füllung nur knapp 45 ccm. Rücksichtlich dieses Umstandes und der traurigen Allgemeinverfassung des Kranken hielt ich einen Beleuchtungs-Versuch — mehr würde es wohl nicht gegeben haben — für kontraindiziert. Der Harn, dessen 24stündige Menge im Mittel 2100 ccm beträgt, ist trübe, wird auch bei längerem Stehen nicht klar in den oberen Schichten, läfst ein starkes, fast rein gelbes Sediment ausfallen, reagiert schwach sauer, enthält im einigermafsen klaren Filtrat $2^1/_2{}^0/_{00}$ Eiweifs, keinen Zucker. Mikroskopisch findet man grofse Mengen von Leukocyten, ziemlich zahlreich geschwänzte und runde Epithelien mit grofsem bläschenförmigen Kern, spärliche frische und ausgelaugte r. Bltk., desgleichen Cylinder, meist hyalin, zum Teil mit körnigen, doch nicht Fettauflagerungen. Neben anderen Bakterien in mehreren Präparaten Tuberkelbazillen.

Nach diesem Befund konnte die Diagnose gestellt werden auf Nieren- und Blasen, nebst Prostata-Samenblasen-Tuberkulose; weiter auf Lungenphthise mit an Gewifsheit grenzender Wahrscheinlichkeit tuberkulöser Ätiologie. So interessant es gewesen wäre, durch Cystoskopie oder Ureterkatheterismus über die Ein- oder Doppelseitigkeit der Nierenerkrankung Gewifsheit zu bekommen, so gering wäre der praktische Wert davon gewesen. Selbst beim Ergriffensein

nur einer Niere würde ich angesichts der bereits sicher zu konstatierenden Prostata-Samenblasen-Tuberkulose von einem operativen Eingriff abgesehen haben, zumal Zeichen schwerer eitriger Einschmelzung des Nierengewebes (Fröste und hohe Temperaturen, nachweisbare Vergröſserung einer Niere) nicht bestanden.

Therapie: Pat. beginnt am 17. VIII. 1902 mit 4 Tropfen (0,2 ccm) Te-Ce und 3 ccm Se täglich, trinkt 400—600 ccm Helenenquelle in kleinen Einzeldosen von 50—100 ccm mit Milch vermischt, nimmt warme Bäder mit Staſsfurter Salzzusatz einen um den andern Tag und unterzieht sich den bereits beschriebenen Waschungen etc. mit Chinosollösung. Bei dem sehr darniederliegenden Appetit wird von strenger Diät abgesehen, der Pat. muſs in kurzen Zwischenräumen kleine Portionen kräftiger, seiner wechselnden Geschmacksrichtung angepaſster Nahrung zu sich nehmen. Die örtliche Behandlung der Blase stieſs auf groſse Schwierigkeiten: Sublimat reizte selbst in Verdünnung von 1,0:9000,0 so stark und machte jedesmal auſserdem Blutung, daſs ich vorläufig davon absah und mich dem bereits von mir in ähnlichen Fällen erprobten Ichthargan zuwendete. Von 0,05:100,0 konnte ich bei täglicher und zweitägiger Anwendung schnell auf 0,25 und 0,3:100,0 steigen. Injiziert wurden 8—3 ccm. Mit dem Tuberkulocidin ging es langsamer vorwärts; schon bei 8 Tropfen pro die war die Mitteltemperatur um mehrere Zehntel höher als die des Vortages; ich muſste zwei Tage mit Steigerung der Dosis warten, bis die Temperaturen wieder im Gleichgewicht waren; dies wiederholte sich noch einige Male, doch hatte ich die Freude, schon bei 20 Tropfen eine entschiedene Appetit-Verbesserung und von 34 Tropfen an eine bis dahin nicht beobachtete Konstanz der Körperwärme (37^4—37^6) konstatieren zu können. Am 10. IX. 1902 war der Pat. auf der Volldosis von 40 Tropfen (2 ccm) angelangt und blieb dabei. Als er am 19. IX. von Wildungen abreiste mit der Weisung, in gleicher Weise die Behandlung fortzusetzen bezw. die örtliche der Blase mit 6 ccm Solut. Ichthargan, 0,4:100,0 wöchentlich bis auf weiteres fortsetzen zu lassen, war der Befund folgender: Blasser, magerer Mann, 66 kg schwer, ohne abendliehe und sonstige Temperatursteigerungen, mit einigermaſsen kräftigem Puls von 82—86 in der Minute, klagt z. Zt. über vermehrten, $1^1/_2$—2-stündigen Harndrang, der zum Schluſs leicht schmerzhaft ist. Blutig ist der Urin seit 4 Wochen — seit dem Aussetzen der örtlichen Sublimatbehandlung — nicht mehr gewesen, während dies vor der Wildunger Kur allwöchentlich oft 2, ja 4mal der Fall war. Pat. wird nach einstündigem, den Gesunden nicht anstrengendem Spaziergang noch matt, doch fehlt dies Mattigkeitsgefühl in der Ruhe; er schreibt das dem Schwinden der Nachtschweiſse zu. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang durch eine 14tägige Ölkur jetzt geregelt. Morgens noch geringer Schleimauswurf, sonst fehlt Husten völlig. Die Dämpfung über der l. Thoraxhälfte ist geblieben und wird, da zweifellos ein Schrumpfungsprozeſs alten Datums besteht, wohl stets bleiben. Vereinzelte, spärliche Rasselgeräusche sind über der l. Spitze zu hören.

Die Blasengegend ist bedeutend weniger, immerhin noch druckempfindlich. Am Prostata-Samenblasenbefund hat sich für das Gefühl des touchierenden Fingers nichts geändert. Die Blase hält spontan 80—100 ccm, bei Anfüllung mit einer reizlosen Flüssigkeit 90 ccm, doch nur unter groſser Willensentfaltung seitens des Kranken. Der Harn hat sich insofern geändert, als das eitrige Sediment

bei gleichem spezifischen Harngewicht wie früher ganz augenfällig geringer geworden ist, und sich beim Stehen die oberen Urinschichten klären. Der Eiweifsgehalt beträgt knapp 1‰, das Sediment enthält spärliche hyaline Cylinder, keine Blutzellen; unter mehreren Präparaten nur eins, das Tuberkelbazillen enthält. Im übrigen hat sich nichts geändert.

Der Patient gehörte zu der Gruppe „glücklicher Leichtsinniger“, die, wenn es ihnen nur etwas besser geht, von strikter Befolgung ärztlicher Vorschriften absehen zu dürfen wähnen. Als er sich am 19. I. 03 bei mir zur Kontrolluntersuchung vorstellte, mufste er bekennen, trotz meiner öfteren schriftlichen Vermahnungen die örtliche Behandlung der Blase völlig verbummelt zu haben. Te-Ce und Se hatte er angeblich mit nur tageweisen Unterbrechungen weiter gebraucht. Der Allgemeinzustand sowohl wie der der Blase hatte sich noch gehoben: das Körpergewicht war gestiegen, es betrug jetzt 70 kg; seit Gebrauch der Klebsschen Mittel war demnach ein Plus von 16 Pfund zu verzeichnen. Appetit gut, Verdauung geregelt. Durchschnittlich zweistündiger Harndrang mit geringem terminalen Schmerz bei der Miktion, keine Blutung mehr, kein Husten. Die Blase fafst 160 ccm, der Harn enthält ein geringes eitriges Sediment, knapp $^1/_2$‰ Eiweifs, spärliche hyaline Cylinder; Tuberkelbazillen nachzuweisen, gelang mir nicht. Da der Pat. nur auf einen Tag sich frei gemacht hatte, zu Beginn der Behandlung infolge der minimalen Blasenkapazität von einer Blasenbeleuchtung abgesehen werden mufste, jetzt also eine Cystoskopie vergleichenden Wert nicht besafs, unterblieb sie auch jetzt. Der Kranke wurde angewiesen, mit der Behandlung in bisheriger Weise fortzufahren und frühzeitig nach Wildungen zu kommen, da man ihn nur auf diese Weise zu einer lokalen Blasenbehandlung zwingen kann.

III. Beobachtung; Dauer derselben vom 15. Oktob. 1902 bis 16. Febr. 1903. Kaufmann S. aus Leipzig, blieb nur 10 Tage in Wildungen, mufste dann auf Reisen gehen, berichtete allwöchentlich über seinen Zustand und stellte sich am 8. Dezember 02 und 15. und 16. Februar 03 zu Kontrolluntersuchungen wieder vor.

Der 40jährige Patient, unverheiratet, angeblich nicht mit Tuberkulose belastet, will als Kind sehr skrofulös gewesen und wegen einer langdauernden Knocheneiterung am linken Unterschenkel mehrfach operiert worden sein.

Im übrigen sei er bis zum Jahre 1900 stets und vollkommen gesund gewesen. Damals bemerkte er eine schmerzlos sich einstellende linksseitige Hodenanschwellung und leichte Harnbeschwerden, die sich in vermehrtem und zum Schlufs schmerzhaftem Drang äufserten. Dann wurde er durch eine nächtliche, nicht starke Harnblutung überrascht; er ging deswegen — im Mai 1901 — zum Arzt, der, einen Blasenstein vermutend, die Steinsonde einführte. Dabei soll es heftig geblutet haben, es stellte sich ein Schüttelfrost ein, und von Stund an nahmen angeblich die Beschwerden rapid zu. Zwei Tage nach dieser Untersuchung kam es zu einer äufserst schmerzhaften rechtsseitigen Hodenentzündung und zu Erscheinungen des akuten Blasenkatarrhs. Die stürmischen Symptome desselben sind zurückgegangen, doch ist ein- bis $1^1/_2$stündiger schmerzhafter Drang geblieben, der sich im Laufe der letzten Monate allmählich verschlimmert hat. Dabei ist der Urin trübe und nicht selten bluthaltig, unabhängig von Körperbewegungen, Das Allgemeinbefinden hat sich Hand in Hand mit diesen Molesten verschlechtert, das früher angeblich gesunde Aussehen des Pat. ist geschwunden, der Appetit

ist ganz schlecht geworden, der Gewichtsverlust beträgt mindestens 20 Pfd. Kein Husten, keine Durchfälle, keine Nachtschweifse. Der Beruf des Kranken läfst leider längere Schonung nicht zu.

Befund am 15. u. 16. X. 02. Kräftig gebauter, magerer, blasser Mensch ohne Fieber, 74 kg schwer, klagt über die in der Vorgeschichte aufgeführten Beschwerden. Lungen nicht nachweisbar krank. Dasselbe gilt vom Herzen. Leber und Milz nicht fühlbar oder perkussorisch erweisbar vergröfsert, keine Lymphknoten-Anschwellungen. Am Caput tibiae sin. alte reaktionslose Operationsnarben. Die Nieren sind nicht fühlbar, ihre Untersuchung ist nicht empfindlich; dagegen trifft dies bei der Blasengegend in hohem Mafse zu. Am Kopf des rechten Nebenhodens fühlt man eine halbkirschgrofse, harte, indolente Verdickung; der linke Nebenhoden ist in toto verdickt und läuft an Kopf- und Schwanzende in kugelige härtliche, gleichfalls indolente Tumoren aus von gleicher Gröfse wie rechterseits angegeben. Der linke Hoden ist sehr augenfällig vergröfsert, in seiner Konsistenz ungleichmäfsig, der rechte atrophisch, weich. Die Rektaluntersuchung ergiebt scharf umschriebene Herderkrankungen in beiden Prostatalappen, links mehr als rechts. Ihre Gröfse erreicht die eines Kirschkernes. Palpation der Samenblasen läfst Krankhaftes mit Sicherheit nicht erkennen. Schmerzhaft ist die Untersuchung nicht. Der Katheterismus gelingt mit weichen Instrumenten mittlerer Stärke leicht, ist wenig empfindlich für den Kranken und ergiebt 80 ccm trüben Harns. Beim Ablaufen der letzten Tropfen aus dem Katheter klagt Pat. über ausstrahlenden Eichelschmerz. Die Blase kann übrigens etwa 125 ccm Harn, weniger Injektionsflüssigkeit halten. Die 24stündige Menge beträgt im Mittel 1800 ccm vom spezif. Gewicht 1,016; die Farbe ist trüb-strohgelb, doch ohne Stich ins Grünliche; der Urin klärt sich auch nach längerem Stehen in seinen oberen Schichten nicht, läfst ein lockeres, grauweifsliches Sediment ausfallen, reagiert stark sauer, enthält eine Spur Nukleoalbumin, doch kein renales Eiweifs, keine Cylinder, reichlich Leukocyten, spärliche frische rote Blutkörperchen, Übergangsepithelien, reichlich Kristalle von freier ausgefallenem Urin; gleich im ersten Präparate einwandsfreie Tuberkelbazillen.

Cystoskopischer Befund: Nach Anästhesierung mit Eucaïn b. wird bei reichlich 100 ccm Blasenfüllung beleuchtet. Die Schleimhaut der oberen Blasenwand zeigt in ihren vorderen Abschnitten neben einem grauweifslichen Grundton auf der Höhe der Falten eine stellenweise mattrosa Färbung, während die hinteren Abschnitte graugelblich und etwas matter im Glanz erscheinen. Letzteres gilt auch von dem Aussehen der Seitenwände und der hinteren Blasenwand. Je mehr man sich aber dem Blasenausgang nähert, je stärker wird die Blutfülle der Mucosa und zwar abgesehen von dem hier normaliter gröfseren Blutreichtum; dabei ist das Aussehen der Schleimhaut verwaschen rot, die Blutgefäfse sind nicht mehr deutlich als solche zu erkennen, und auffallend ist die ungleiche Verteilung: hochrote Partien wechseln mit mattrosafarbigen ab. Was den Blasenboden anbelangt, so zeigen die seitlichen Teile des Trigonum, die Ureterenwülste, die ziemlich stark vorspringen und gleichgestaltet sind, diese Zeichen chronischer Entzündung nicht, sondern erscheinen mattgrauweifslich. Die Füllung von 100 ccm hat nicht genügt, die Blasenfalten zu verstreichen; ich erblickte darin auch den Grund, weshalb es mir nicht gelang, die linke Uretermündung einzustellen; dafs eine linke Niere aber existierte, bewies der

Umstand, dafs auch linkerseits das Phänomen der Harnentleerung unter dem Bilde einer daselbst entstehenden Wirbelbewegung sich präsentierte. Die Schleimhaut des Fundus, von ungleichmäfsiger Wulstung, zeigt auf der Höhe der Falten lebhafte Rötung, doch auch nicht gleichmäfsig verteilt, und weiter stecknadelkopfgrofse Ekchymosen. Letztere finden sich auch in den blasseren Partien und treten da besonders hervor. Nahe der Blasenmündung, etwas links von der Mittellinie, besteht ein kleiner Schleimhautdefekt, als solcher kenntlich durch Vorhandensein eines graugelben Belages in der Tiefe und einer wallartigen, anscheinend ziemlich glatten Umrandung, die wohl infolge der geringen Blasenfüllung und der dadurch nicht ausgeglichenen Faltenbildung relativ hoch erscheint. In der näheren Umgebung dieser Ulceration sieht man kleinste knötchenartige Gebilde, die man a priori für spezifische Tubercula hätte ansprechen können; bei längerer Betrachtung aber erwiesen sie sich als Gewebspartikelchen, die — nekrotisiert — nur locker der Schleimhaut anhafteten. Die Berührung der geschwürigen Partie nebst ihrer Nachbarschaft löst Schmerz und objektiv partielle Kontraktionen der Wand aus.

Auf Grund des gesamten objektiven Befundes konnte ich die Diagnose dahin präzisieren:

„Tuberkulöse Neubildung in Nebenhoden, im linken Hoden, in der Prostata, sowie tuberkulöse Geschwürsbildung in der Blase mit chronischem Katarrh derselben“: ascendierende Form der Tuberkulose.

Therapie: Der Kranke beginnt am 16. V. 02 seine Kur und zwar in genau derselben Weise, wie sie ausführlich bei Beobachtung I und II besprochen ist. Um den Leser nicht zu ermüden, verweise ich auf dieselben. Da keine Temperatursteigerung auftrat, konnte täglich um 2 bis 3 Tropfen Te-Ce gestiegen werden. Leider mufste Pat. schon am 24. X. 02 wieder auf Geschäftstour; er war auf 23 Tropfen Te-Ce (1,15 ccm) und 3 ccm Se gekommen, hatte besseren Appetit bekommen, und sein Gewicht war von 74 auf 75 kg gestiegen. Innerhalb dieser 10 Tage hatte er 3 Sublimat-Instillationen erhalten. Von einem nennenswerten Erfolg hinsichtlich seiner Harnbeschwerden war noch keine Rede. Ich wies ihn an, Te—Ce und Se konsequent weiter zu nehmen bezw. mit ersterem bis auf 40 Tropfen zu steigen und bei dieser Dosis zu bleiben. Alle 10 Tage sollte er Bericht erstatten und sich, wenn möglich, nach nicht zu langer Zeit einmal wieder persönlich bei mir vorstellen. Am 20. Novbr. 02 schrieb mir der Kranke folgendes: „Ich nehme jetzt schon beinahe drei Wochen meine 40 Tropfen Tuberkulocidin und 3 mal am Tage Selenin. Mein Befinden wäre ein gutes, wenn das Urinieren schmerzlos wäre. Ich esse tüchtig, bin dicker geworden und nicht matt mehr so wie früher, uriniere etwa alle 2 Stunden, doch mit Schmerz, besonders am Schlufs. Soll ich etc. etc.“ Ich antwortete ihm in dem Sinne, konsequent die Behandlung fortzusetzen, hielte aufserdem eine örtliche Blasenbehandlung für erforderlich und riete deshalb, sich baldigst zu diesem Zwecke in spezialärztliche Behandlung zu begeben. Am 16. Februar 03 stellte sich Pat. bei mir vor; er hatte meinen letztgenannten Rat nicht befolgt, Te-Ce und Se aber nach einer einmaligen Pause von 16 Tagen weiter gebraucht.

Der objektive Befund, soweit er von dem am 15. und 16. X. 02 aufgenommenen abweicht, war folgender:

Die z. Zt. bestehenden Klagen beziehen sich auf Mifsgefühle beim Akt des Urinierens und zwar besonders zum Schlufs. Der Harn kann $2^1/_2$ Stunden gehalten werden, nachts noch länger. Das Körpergewicht beträgt — bei gutem Appetit — jetzt 80 kg, ist also innerhalb der letzten 4 Monate um 12 Pfd. gestiegen. Die Blasengegend ist nur wenig empfindlich; der Befund an den Nebenhoden, dem linken Hoden und der Prostata hat sich nur insofern geändert, als der linke Hoden wesentlich kleiner und in seiner Konsistenz gleichmäfsiger und zwar gleichmäfsig derb geworden ist. Die Blase fafst 200 ccm, der Harn selbst ist wesentlich klarer geworden, doch noch leicht getrübt, klärt sich beim Stehen und läfst eine mäfsig starke nubecula ausfallen, die aus Leukocyten und wenigen Übergangsepithelien besteht. Tuberkelbazillen fand ich nicht. Eiweifs fehlt, desgleichen Nukleoalbumin. Rote Blutkörperchen fehlen.

Cystoskopischer Befund: Die Blasenfüllung beträgt annähernd 200 ccm. Was zunächst den Fundus anbetrifft, so erscheint die Schleimhaut trotz der diesmal gröfseren Füllung ziemlich stark gewulstet, die Faltenhöhe ungleichmäfsig gefärbt, stellenweise mattrosa, stellenweise graugelblich. In den ersterwähnten Partien zeigen sich vereinzelte Ekchymosen neben kleinen weifsglänzenden, rundlichen Flecken, die mir als kleine Mukosanarben imponieren. An Stelle des ehemaligen Geschwürs sieht man bei starker Annäherung der Lampe an die Schleimhaut eine von der Umgebung sich durch ein gesättigtes Rot markant abhebende linsengrofse Partie, die etwas unter dem Niveau der Umgebung zu liegen scheint; die rote Farbe ist bedingt durch zahlreiche Gefäfsbäumchen — wahrscheinlich Neubildung von Gefäfssprossen —, die nach dem Zentrum jener Stelle hinziehen. In ihrer Umgebung erscheint die Schleimhaut, zumal auf der Höhe der Falten, rosarot, um weiterhin in ein normales Grauweifs bezw. Graugelb überzugehen. Berührung mit dem Cystoskopschnabel ist noch immer empfindlich. Im übrigen giebt der Befund nur zu bemerken, dafs von den früher stellenweise zu konstatierenden Zeichen der chronischen Cystitis kaum noch etwas sichtbar ist.

Der Pat. konnte aus Zeitmangel sich wieder nicht einer lokalen Blasenbehandlung unterziehen und reiste ab mit dem Versprechen, Te-Ce und So weiter zu nehmen.

Aufser bei diesen drei Patienten habe ich noch bei weiteren fünf die Klebssche Methode in Anwendung gebracht, indessen war die Zeit der Beobachtung zu kurz, um mir ein einigermafsen abschliefsendes Urteil zu gestatten. Ich möchte aber doch hervorheben, dafs ich unangenehme Nebenwirkungen nicht und Anfänge zur Besserung, sei es den Appetit, das Allgemeinbefinden oder den Harnbefund bezw. Harnbeschwerden betreffend, auch bei ihnen schon kurze Zeit nach Einleitung der spezifischen Behandlung konstatieren konnte.

Was die vorstehend ausführlicher beschriebenen drei Beobachtungen anbelangt, so machte sich bei allen drei Patienten bald nach Gebrauch der Klebsschen Heilmittel eine Steigerung des Appetites bemerkbar, ohne dafs eines der üblichen — bei der Tuberkulose

allerdings meist versagenden! — Stomachica nebenher gegeben ward. Nachdem 23, 30, 40 Tropfen pro die erreicht waren, trat diese erfreuliche Erscheinung ein, die so erhebliche Gewichtszunahmen, wie sie im Vorstehenden verzeichnet, zur natürlichen Folge hatte. Ohne von diesen wenigen Erfolgen aus generalisieren zu wollen: sollte sich nicht bei der anscheinend absoluten Gefahrlosigkeit eine versuchsweise Anwendung dieser Mittel gegen die oft so schwer zu hebende Anorexie Tuberkulöser empfehlen, selbst wenn ihre ausheilende Kraft auf tuberkulöse Organveränderungen noch nicht zur Evidenz erwiesen? Weiter wurden im Fall II die Temperaturerhöhungen günstig beeinflusst: 4 Wochen nach Gebrauch des Te-Ce und Se war Konstanz in normaler Körperwärme eingetreten. Daſs selbst das Resultat einer anscheinend so einfachen Encheirese wie einer Temperaturmessung in privaten Verhältnissen oft ungenau, da sie nachlässig oder nicht sachgemäſs vorgenommen wird, ausfällt, weiſs jeder Arzt; ich hatte mich deshalb in dem betreffenden Fall der Mühe unterzogen, sie meist selbst, wenigstens abends, vorzunehmen; das ist zu einzelnen Malen durchführbar, nicht aber als Regel. Da nun gerade in dem Verhalten der Körperwärme ein sehr belangreiches objektives Kriterium des Wertes von Mitteln wie den Klebsschen zu erblicken ist, so wäre es eine dankenswerte Aufgabe von Kliniken und gut geleiteten Krankenhäusern, bei fiebernden tuberkulösen Phthisikern zur Beantwortung dieser Frage beizutragen.

Wie der Allgemeinzustand, so wurde bei meinen Kranken auch der tuberkulöse Prozeſs in den Harnorganen objektiv erweisbar günstig beeinfluſst und zwar in einer Weise, wie ich sie bisher bei Anwendung anderer Anti-Tuberkulosemittel nicht beobachtete. Dabei waren die äuſseren Bedingungen, unter denen sich meine Patienten der Kur mit ihnen unterzogen, keineswegs ideale, besonders in Fall III. Wenn ich es mir nach Wunsch einrichten könnte, so würde ich jeden fiebernden Tuberkulösen, selbst wenn seine Temperaturen nur abends subfrebile oder leicht febrile wären, bei Einleitung einer „Klebsschen Kur“ zur Bettruhe verurteilen. Auch ohne sie gehört schon ein solcher Kranker meiner Ansicht nach ins Bett. Durch Aufenthalt in frischer Luft (Liegehallen) und Körper-Ganzmassage kann man die scheinbaren Vorteile der aktiven Bewegung, des Umhergehens, reichlich ersetzen. Stöſst schon im allgemeinen die Durchführung dieses Prinzipes auf Schwierigkeiten, so ganz besonders in einem Kurort, der wie Wildungen natürliche

Heilmittel gegen die Tuberkulose nur in sehr bescheidenem Maſse besitzt. Der wegen seines tuberkulösen Harnleidens nach hier Kommende sieht in dem Gebrauch der Mineralquellen den Hauptheilfaktor, zumal wenn er sie am Ort ihres Zutagetretens genieſst. Bettruhe einhalten bedeutet für ihn Verzicht leisten auf jenen.

Der an dritter Stelle erwähnte Kranke war, was äuſsere Bedingungen anbelangt, direkt ungünstig gestellt, da er dem anstrengenden und unhygienischen Berufe des Reisenden nachgehen muſste während der Kur. Und trotzdem hatte auch er einen objektiv nachweisbaren Erfolg davon. Ich halte eine nochmalige Aufzählung der verschiedenen Zeichen von Besserung im Befinden meiner Patienten hier für überflüssig, da sie in den vorstehenden Krankengeschichten genau angegeben sind, und will mich nach einer kurzen Betrachtung der einschlägigen Litteratur darauf beschränken, die Resultate meiner Beobachtungen und meine Eindrücke von der Wirkung und dem Wert der Klebsschen Mittel in einigen Schluſssätzen wiederzugeben.

Die Litteratur über die Klebssche Methode der Tuberkulosebehandlung mit baktericiden und antitoxischen Substanzen ist nicht umfangreich. Klebs selbst führte sie zuerst 1894 durch seine grundlegende Arbeit über „die kausale Behandlung der Tuberkulose“ (Voſssche Buchhandlung) in die Öffentlichkeit. Es folgten dann über dies Thema in den nächsten Jahren Publikationen von ihm, die in amerikanischen und deutschen medizinischen und tierärztlichen Zeitschriften erschienen; genaue Litteraturangaben folgen am Schluſs. Für die Zwecke dieser Arbeit haben sie weniger Interesse, so lehrreich, allgemein interessant und zum Verständnis der ganzen Methode unerläſslich sie auch sind, zumal für den, der sie anzuwenden beginnt. Zwei weitere Mitteilungen des Dr. Elsässer, Ramsbeck, in Nr. 44 der medizinischen Woche 1901 und Nr. 4, 1902, ibidem, kann ich gleichfalls unberücksichtigt lassen, da sie auf unser Thema, die Urogenitaltuberkulose, keinen Bezug haben.

Dr. Rörig (IV), Bad Wildungen-Braunschweig, veröffentlichte als erster und soviel ich aus der Litteratur ersehen konnte einziger die Beschreibung eines Erkrankungsfalles an Urogenitaltuberkulose und zwar an tuberkulösem Blasengeschwür und wahrscheinlicher (?) Nierentuberkulose bei einer 38jährigen Patientin, die er nach Klebsscher Methode, doch ausschlieſslich mit Tuberkulocidin per os und vesikal ein Vierteljahr hindurch behandelte. Die Mischinfektion bekämpfte er mit Erfolg durch Sublimat-Instillationen. Nach

dreimonatiger Behandlungsdauer waren die Beschwerden der Kranken so weit gehoben, „dafs man hoffen durfte, nach dieser, genügend lange konsequent durchgeführten Methode eine wirkliche Ausheilung zu erzielen“. Leider krankt die Mitteilung des Kollegen R. am Fehlen einiger sehr wichtigen objektiven Kriterien der Besserung. Es mufste unter allen Umständen nach vorläufigem Abschlufs der Behandlung, vor Publikation des Falles, eine Kontroll-Cystoskopie erfolgen: was ist aus dem anfangs cystoskopisch diagnostizierten Ulcus vesicae geworden? Wäre ihm anfangs, bei einer Blasenkapazität von 60 g, die Beleuchtung mifslungen, oder hätte er überhaupt von einem Versuch abgesehen, so wäre mir das keineswegs auffallend erschienen; nachdem sich aber das Fassungsvermögen der Blase derartig gehoben hatte, eine Cystoskopie zu unterlassen, ist mir unverständlich. Weiter fehlen Angaben über das Verhalten des Körpergewichtes, einem objektives Kriterium par excellence.

Die Besserung scheint freilich eine frappante gewesen zu sein, dem Nachlassen der subjektiven Krankheitsäufserungen, dem Urinbefund und der Kapazitätszunahme der Blase nach zu schliefsen. Mit dem Rörigschen Resumé bin ich vollkommen einverstanden, möchte es nur etwas erweitern und dahin formulieren:

Eine günstige Einwirkung der Klebsschen Mittel war bei sämtlichen meiner Patienten erkennbar, einerlei in welchem Stadium der tuberkulösen Erkrankung sie sich befanden. Die Besserungen grenzten zum Teil an Heilung, doch erst nach mehrmonatiger Behandlung. Ich zweifle nicht daran, dafs zahlreiche Fälle von Urogenitaltuberkulose nach Klebsscher Methode heilbar sind — genügend lange Behandlung vorausgesetzt. Beim Überwiegen der Mischinfektion, zumal bei der Cystitis tuberculosa, werden die Erfolge mit ihr weniger günstig ausfallen, da das Selenin sich nicht gegen alle bei jener etwa in Betracht kommenden Bakterien richtet und wenigstens in den von Klebs durchgehends vorgeschriebenen Dosen von 2—3 ccm täglich nicht reine Bahn zur Wirkungsentfaltung des Tuberkulocidins in allen Fällen zu schaffen scheint. Dieses teilweise Versagen des Selenins läfst sich bei der Cystitis tuberculosa durch die Sublimattherapie, wie vorstehend beschrieben, meist in ausreichender Weise ergänzen. Als Ersatzmittel des Sublimates empfiehlt sich Ichthargan, falls bei ersterem die Reizungserscheinungen zu stürmische sind. Die Sublimatbehandlung schien mir bislang die örtliche, vesikale Anwendung der Klebsschen Mittel zu ersetzen, doch sind Versuche in dieser Richtung wün-

schenswert. Schädliche oder nur unangenehme Nebenwirkungen habe ich weder im Aufang noch nach monatelangem Gebrauch von ihnen gesehen.

Weit vorgeschrittene tuberkulöse Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane kontraindizieren deshalb keineswegs ihre Anwendung.

Keines der bisher von mir verordneten Mittel hat auch nur annähernd gleich günstige Behandlungsresultate gezeitigt, wie es die Klebsschen gethan haben. Deshalb, und weil ihre Unschädlichkeit (s. Litteratur) als erwiesen anzusehen, wage ich wenigstens versuchsweise Anwendung bei allen operativ nicht heilbaren tuberkulösen Erkrankungen des Urogenitalapparates anzuraten.

Litteratur.

Edwin Klebs: Die kausale Behandlung der Tuberkulose. (Vofssche Buchhandlung, 1894.)

„ „ on healing and immunizing substances of tubercle cultures. Journ. of the Med. Assoc. July 25. 1896.

„ „ on the developement of the causal treatment of Tuberculosis. Ibidem, July 3. 1997.

„ „ How to cure Tuberculosis, Address delivered before the Milwaukee Med. Society, June 12. 1899.

„ „ Kurze Zusammenfassung der TC-Behandlung der Tuberkulose. Med. Woche 1901, Nr. 3.

„ „ Zur kausalen Behandlung der Lungenphthise. Medizin. Woche 1901. Nr. 15/16.

„ „ Zur kausalen Behandlung der Tuberkulose. 1.—3. Münch. med. Wochenschrift 1900 Nr. 49. 1901 Nr. 4 u. 17.

„ „ Diplococcus semilunaris, ein Begleiter der Tuberkulose, Ibidem 1901 Nr. 40.

„ „ Ist Perlsucht und menschliche Tuberkulose identisch oder nicht? Deutsche tierärztl. Wochenschr. 1902, Nr. 3.

Dr. Fritz Rörig: Tuberkulose der Harnorgane und ihre Behandlung Centralblatt für die Krankht. der Harn- und Sexualorgane 1901, Bd. XII, H. 5.

Dr. Elsässer: Beitrag zur Frage von der Behandlg. der Tuberkulose mit spezifischen Heilmitteln. Med. Woche 1901, Nr. 44.

„ „ Wie können die prakt. Ärzte bei der Bekämpfung der Tuberkulose mitwirken? Med. Woche 1902, Nr. 4.

Dr. Haas: Über die Resultate der Kastration bei Hodentuberkulose. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX, 1901.

Ein Fall von prämortaler Steigerung der Kreatininausscheidung.

Von

Prof. Dr. **Hans Malfatti.**

Gelegentlich einer längeren Versuchsreihe, deren Hauptzweck die Bestimmung des als Oxyprotsäure, oder besser des nicht als Harnstoff, Ammoniak, Purinkörper und Kreatinin ausgeschiedenen Anteils von Harnstickstoff war, fand ich in einem Falle eine so auffallende Alteration der Kreatininausscheidung, dass sie mir der Mitteilung wert erscheint.

Es handelte sich um einen Phthisiker J. K., dessen Harn in den letzten Tagen seines Lebens in der angedeuteten Weise untersucht wurde. Die folgende Tabelle giebt die gefundenen Zahlen.

Januar 1903.		7./8.	9./10.	10./11.	11./12.	12./13.	13./14.	14./15	15.
Tagesmenge		500	210	550	237	400	375	350	(300)
spez. Gewicht		1.029	1.028	1.032	1.032	1.031	1.035	1.034	1.034
Gesamt-Stickstoff	%	1.975	1.954	2.193	2.158	2.072	2.405	2.285	2.36
	g	9.875	4.103	12.062	5.113	8.288	9.018	7.998	6.08
Harnstoff-N.	%	1.633	1.615	1.846	1.830		2.030	1.927	1.990
	g	8.165	3.392	10.153	4.337		7.612	6.745	5.97
Ammoniak-N.	%	0.171	0.155	0.145	0.128	0.116	0.102	0.075	0.072
	g	0.855	0.326	0.798	0.305	0.464	0.382	0.263	0.214
Harnsäure-N	%		0.045	0.055	0.049	0.049	0.045	0.045	
	g		0.094	0.302	0.117	0.194	0.169	0.158	
Xanthinbasen-N.	%		0.0059	0.0054	0.0095	0.0120	0.0035	0.0039	
	g		0.0124	0.0297	0.0225	0.048	0.0131	0.0137	
Kreatinin-N.	%	0.0347		0.0039		0.0476	0.1088	0.1022	
	g	0.1735		0.0104		0.1916	0.4081	0.3578	
Kreatinin	%	0.0937		0.0212		0.1279	0.2929	0.2751	
	g	0.4669		0.0569		0.6116	1.097	0.9627	
Stickstoffrest	%	0.099	0.124	0.151	0.181	0.159	0.177	0.174	0.209
	g	0.445	0.260	0.828	0.449	0.636	0.666	0.607	0.619

Bemerkungen. Der Harn wurde stets von 10 Uhr bis 10 Uhr a. m. gesammelt; am 15. Januar 8 Uhr p. m. trat der Tod ein, die unter Tags gesammelte Harnmenge von 100 cm³ schätzte ich darum auf ¹/₃ der Tagesmenge. Stickstoff wurde nach Kjeldahl, Harnstoff nach Moerner, Ammoniak nach Schloesing bestimmt, Kreatinin wurde nach Salkowski ausgefällt und in den Kristallen der Stickstoff bestimmt. Die Harnsäure wurde nach Ludwig bestimmt. Das stark salzsaure Filtrat von den Harnsäurekristallen wurde bei gelinder Temperatur abgedampft, mit Wasser aufgefüllt und nach Krüger-Wulff gefällt. Der Stickstoffgehalt der Fällung wurde als Xanthinbasenstickstoff berechnet. An den 2 Tagen, 11.—13., wurde ausschliefslich, andermal zur Kontrolle die von mir angegebene Methode [1]) verwendet (Fällung des Harns nach Krüger-Wulff, Zerlegen des Niederschlags mit konz. Salzsäure, Bestimmen des Stickstoffes im Rückstand und der Xanthinkörper im Filtrate. Die Methode liefert oft etwas zu niedere Harnsäure-, dafür zu hohe Xanthinbasenwerte). Der Stickstoffrest wurde in folgender Weise bestimmt: 25—50 cm³ Harn wurden am Wasserbad fast vollständig eingedampft, dann mit Pulver von Chlorbarium und Ätzbaryt verrieben, mit 66 cm³ Alkohol in ein Stöpselglas gebracht und dort mit 33 cm³ Äther versetzt; nach längerem Stehen wurde der Ätheralkohol abfiltriert und ausgewaschen, der Rückstand in 50 cm³ Wasser behandelt, abfiltriert und 40 cm³ des Filtrats mit Schwefelsäure und Phosphorwolframsäure ausgefällt. Der Stickstoff des Filtrates wurde nach Kjeldahl bestimmt und entspricht wohl hauptsächlich den Oxyprotsäuren.

Worauf ich hier aufmerksam machen möchte, das ist das Verhalten des Kreatinins. Am ersten und dritten Tage der Untersuchung fand sich eine Kreatininmenge, die keinerlei Besonderheit zeigt. Die Zahlen, besonders die des ersten Tages, dürften auch etwas zu hoch angegeben sein, denn der erhaltene Niederschlag war von ziemlich viel braunem Schlamm verunreinigt gewesen. Auch am 2. Tage berechnet sich nur eine geringe Kreatininmenge; wenn nämlich die Summe aller übrigen Stickstoffbestandteile vom Gesamtstickstoff abgezogen wird, so bleiben nur 0.009 % Kreatininstickstoff. Am 4. Tage kann auch keine bedeutende Stickstoffquantität vorhanden gewesen sein, denn die Summe der N-haltigen Bestandteile, mit Ausnahme des Kreatinins, ergiebt etwas mehr Stickstoff, als dem Gesamtstickstoff entspricht, ein Verhalten, das sich häufig beobachten läfst, bei Vorhandensein einer bedeutenderen Kreatininmenge aber nicht eintreten könnte. Plötzlich vom 5. Tage an beginnt das Kreatinin sich zu vermehren [2]) und erreicht am 6. und 7. Tage Werte, welche in Anbetracht dessen, dafs der Mann ruhig zu Bette lag und nur sehr wenig Nahrung genofs, ganz er-

[1]) Wiener klin. Wochschr. 1897, Nr. 25.

[2]) Die Kreatininchlorzinkkristalle waren in diesen Fällen ganz rein, von der früher erwähnten braunen Beimischung war nichts vorhanden.

staunlich genannt werden müssen. Eine Steigerung des Fiebers, welche dieses Verhalten erklärlich gemacht hätte, war nicht eingetreten, denn das Fieber schwankte vorher und nachher ziemlich atypisch zwischen 38° und 39°, nur am 5. Versuchstage wurde einmal morgens 37.5° gemessen. Sehr auffallend änderte sich aber das subjektive Befinden des Kranken vom 5. Versuchstage an: während er früher fast sterbend dagelegen hatte, trat da plötzlich ein subjektives Wohlbefinden ein, ohne dafs objektiv eine Besserung zu konstatieren gewesen wäre; es war die so oft zu beobachtende Euphorie vor dem Tode. Da gleichzeitig eine viel tiefere und raschere Atmungsweise einsetzte, konnte an miliare Ausbreitung des Prozesses gedacht werden, die sich auch bei der Sektion, neben den älteren Spuren der Phthise, grofsen und kleinen eitererfüllten Kavernen, nachweisen liefs.

Es ist wohl kaum anzunehmen, dafs die Vermehrung der Kreatininausscheidung zusammenhängt mit der miliaren Disseminierung des schon lange bestehenden tuberkulösen Prozesses. Erhöhung des Fiebers, welche ja Kreatininvermehrung nach sich zieht, liefs sich, wie gesagt, weder mit dem Thermometer nachweisen, noch giebt sie sich in einer der Kreatininausscheidung parallel laufenden Steigerung des Gesamtstickstoffes kund.

Aus dem letztangeführten Grunde ist auch eine reichlichere Aufnahme von Nahrung, welche nachher wie vorher hauptsächlich aus Milch und Ei, nebst sehr wenig Fleisch und Fleischsuppe, bestand, ausgeschlossen.

Es bleibt also zur Erklärung für die so unmotiviert auftretende Steigerung der Kreatininausscheidung nur die eine Annahme übrig, dafs der Organismus im Verlauf der Konsumptionskrankheit zuerst alle verfügbaren Eiweifsbestände opferte und erst als ultima ratio die Muskelsubstanz zerstörte. Möglicherweise läfst sich auch die Euphorie in Verbindung bringen mit diesem Muskelzerfall, der dem Stoffwechsel quantitativ gleiche, aber qualitativ mehrwertige Eiweifsmengen zur Verfügung stellte. Man könnte allerdings auch an eine Änderung des Stoffwechsels denken, bei welcher Kreatinin etwa statt Harnstoff gebildet worden wäre; da aber die bisherigen Untersuchungen für solche Gedanken gar keinen Anhaltspunkt liefern, sondern das Kreatinin fast mit Sicherheit als ein typisches Produkt des Muskelstoffwechsels erkennen lassen, wäre ein solcher Gedanke nicht zu rechtfertigen.

Gelegentlich dieser Mitteilung einer auffallenden Steigerung der Kreatininausscheidung möchte ich noch kurz einen Fall erwähnen, bei welchem ich den vor dem Tode entleerten Harn einer Kranken, die in eklamptischen Krämpfen zu grunde ging, untersuchen konnte. Diese Harnprobe (zu genauerer Untersuchung zu klein) wies bei hoher Konzentration nichts Abnormes auf, aufser einen so hohen Kreatininreichtum, dafs sie auf Pikrinsäurezusatz zu einem dicken Brei von fast reinem Kreatininpikrat erstarrte.

Vierteilige Dilatatoren verbesserter Konstruktion.

Von

Prof. **Kollmann**-Leipzig.

Der Umstand, dafs sich im Laufe der letzten Jahre die Behandlung der chronischen Gonorrhoe vermittelst Spüldehnern immer mehr ausgebreitet hat, brachte es mit sich, dafs wir bemüht waren, auch die Desinfektionsmöglichkeit dieser Instrumente weiter zu vervollkommnen. Nachdem wir uns früher zumeist mit peinlichster mechanischer Säuberung, Abputzen mit Benzin und Äther, Eintauchen der Instrumente in absoluten Alkohol und Abbrennen desselben und ähnlichen Manipulationen begnügt hatten, gingen wir später zur Anwendung von Dampfsterilisatoren über. Da diese aber so eingerichtet waren, dafs die Instrumente mit dem Handgriff aus ihnen herausragten und also von dem strömenden Wasserdampf hier nicht getroffen wurden, — es geschah dies, um die Gewinde möglichst vor Feuchtigkeit und damit auch vor nachträglichem Einrosten zu schützen —, so genügte uns auch diese Desinfektionsweise bald nicht mehr vollständig, und wir forderten statt dessen, dafs die Instrumente entweder in toto dem strömenden Wasserdampf ausgesetzt oder noch besser in toto ausgekocht wurden. Die praktische Erfahrung zeigte, dafs auch die bisherigen Formen dies verhältnismäfsig gut vertragen, sobald man nur nicht vergifst, nachher das Wasser kräftig auszuschleudern und sie, soviel man kann, trocken zu tupfen, und wenn dieselben regelmäfsig in Benutzung bleiben. Im Verlauf von Monaten tritt hierbei aber doch allmählich eine Schädigung der Schraubgewinde durch Rostbildung ein, weil dieselben im Innern des Handgriffes verborgen liegen und daher weder gut getrocknet noch auch eingeölt werden können. Noch viel deutlicher zeigt sich dies natürlich dann,

wenn die Instrumente nur selten benutzt werden; unter solchen Umständen kann es sich sogar ereignen, dafs man nach einiger Zeit ein Instrument vorfindet, dessen Schraubmechanismus derartig eingerostet ist, dafs es sich überhaupt gar nicht mehr aufdrehen läfst.

Um diese, die komplette Auskochbarkeit der vierteiligen Spüldehner bisher noch störenden Umstände zu beseitigen, war es erforderlich, dafs vor allem die Bauart des Handgriffes durchaus geändert wurde; derselbe mufste unbedingt so konstruiert werden, dafs die in seinem Innern liegenden Schraubgewinde jederzeit bequem zugänglich waren. Bei der hier beschriebenen neuen Form der Spüldehner (Figg. 1 u. 2) ist dies auch wirklich erreicht; das Schraubgewinde liegt am Handgriff in grofser Ausdehnung frei, der Zeigertrieb vollständig. Hat man das Instrument aus dem kochenden Wasser entfernt, so schleudert man es gut aus, tupft noch anhaftende Wasserreste sorgfältig ab und giebt bei den in den beistehenden Figuren mit *A* u. *C* bezeichneten Stellen überall ein Tröpfchen Öl an; einige Drehungen der Schraube verteilen dasselbe bald über die sämtlichen Gewindeflächen.

Eine ähnliche Änderung wie am Handgriff mufste aber auch an dem weiter zentral gelegenen Schaft der Instrumente vorgenommen werden. Früher bildete der äufsere Teil desselben ein geschlossenes Rohr, welches die in seinem Innern liegende Achse überall verdeckte. Bei der neuen Dehnerform sind in diesem Rohr aber breite Längsausschnitte angebracht, welche die Achse freilegen, sodafs auch diese Teile nach dem Kochen besser als früher getrocknet werden können.

Nachdem durch die im Vorigen beschriebenen Änderungen des Handgriffes und Schaftes die Auskochbarkeit der Instrumente eine vollkommenere geworden war, ging unser Bestreben ferner noch dahin, die Ergiebigkeit der Spülung so viel als möglich zu erhöhen. Wir erreichten dies dadurch, dafs wir den früher in der Achse des Instrumentes gelegenen Abflufskanal wegliefsen, dafür aber das Lumen des Zuflufskanales bedeutend vergröfserten. Hiermit war aufserdem auch noch die Möglichkeit einer etwaigen Verstopfung des letzteren wesentlich herabgesetzt. Der Abflufs der Spülflüssigkeit erfolgt durch die oben erwähnten, im äufseren Rohr des Schaftes angebrachten Längsausschnitte und durch mehrere mit diesen in unmittelbarer Verbindung stehende Längs-

nuten, welche an den Stellen gelegen sind, wo die Branchen ihren Stützpunkt finden.

Neben diesen im Vorhergehenden erwähnten Änderungen sind an den neuen Instrumenten aber auch noch einige andere Modifikationen angebracht worden. Unter ihnen sei z. B. erwähnt, dafs bei der neuen Dehnerform das Zifferblatt sich dreht, während der die Dehnungshöhe angebende Zeiger still steht. Diese Änderung ist nicht willkürlich gewählt, sondern sie war

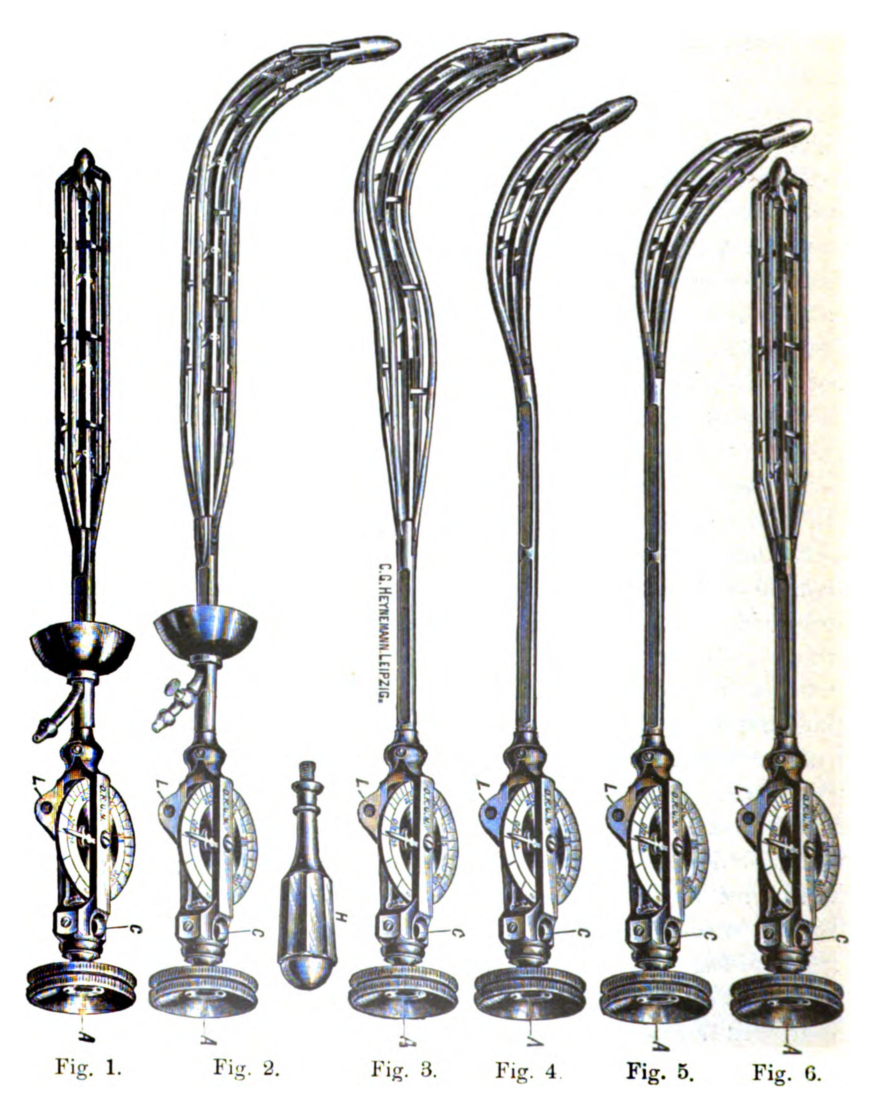


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

nötig, um eine möglichst vollständige Freilegung des Bewegungsmechanismus zu erreichen. Ferner wurde der an den älteren Instrumenten angebrachte, zum Halten bestimmte Ring nebst Platte weggelassen und den Instrumenten dafür ein kleiner Handgriff (*H*, Fig. 2) beigegeben, welcher je nach Wunsch sowohl von rechts als von links in das unter der Zeigerplatte befindliche Loch *L* eingeschraubt werden kann.

Die im Vorhergehenden beschriebene, die Auskochbarkeit der Spüldehner wesentlich erhöhende Konstruktion ist so praktisch, dafs wir uns entschlossen, dieselbe auch für sämtliche andere vierteilige Dehninstrumente anzuwenden. Indem wir den Branchen der Dehner, welche keine Spülvorrichtung besitzen, aufserdem noch die gleiche abgerundete Gestalt gaben, wie sie die Branchen der Spüldehner aufweisen — wodurch Einklemmungen der Schleimhaut beim Zuschrauben vermieden werden — erzielten wir einen weiteren Vorteil, welcher darin besteht, dafs diese Instrumente nicht nur mit, sondern ebenso gut auch ohne Gummiüberzug verwendet werden können. Wir haben mit dieser Konstruktion den Wünschen vieler Kollegen Rechnung getragen, welche gern Dehnungen mit Instrumenten ohne Gummiüberzug vornehmen, dazu aber bisher meistens die älteren Modelle benutzten, welche wegen ihrer Branchenform hierfür nur wenig geeignet sind. Aufserdem werden diese neuen Dehner wohl aber auch den Beifall jener Kollegen finden, welche in Ländern mit besonders heifsem Klima wohnen, denn von diesen wurde viel über den Umstand geklagt, dafs sich die Gummiüberzüge nur äufserst schwer in gutem Zustande konservieren lassen.

Der Umfang der Spüldehner (Figg. 1 u. 2) beträgt im geschlossenen Zustand 25 Charr., der der gewöhnlichen Dehner (Figg. 3—6) 20 Charr. Der Umfang der ersteren läfst sich übrigens mit Leichtigkeit bis auf 22 Charr. herabmindern; es ist aber durchaus nicht ratsam, Instrumente dieser Art zu benutzen, weil ihre Widerstandsfähigkeit keine grofse ist. Auch die 25 Charr. messenden Spüldehner lassen sich durchaus bequem einführen, zumeist sogar noch bequemer, als mit Gummiüberzug versehene gewöhnliche Dehner von weit schwächerem Kaliber. Aufserdem möchten wir aber auch noch wiederholt in Erinnerung bringen, dafs vor der Benutzung von aufschraubbaren Instrumenten die Harnröhre möglichst stets mit soliden Metallsonden in allmählich steigender Weise gedehnt werden soll,

wobei man schliefslich zumeist auf weit höhere Nummern als 25 Charr. gelangen wird. Ist eine solche Behandlung vorausgegangen, so kann die Einführung der Spüldehner aber erst recht nicht auf Schwierigkeiten stofsen.

Über die Biegungen der neuen Dehnerform und über die Länge der dehnenden Branchenteile ist etwas Besonderes eigentlich nicht zu sagen; sie sind im wesentlichen die gleichen wie früher. Für gewöhnlich wird man in der Pars anterior ein gerades Instrument anwenden, dessen aufschraubbarer Teil etwa 12 cm lang ist (Figg. 1 u. 6), in der Pars posterior aber ein anderes, dessen erweiternde Branchen lediglich an den gebogenen Partien liegen (Figg. 4 u. 5). Wünscht man in der Pars anterior nur auf ganz kurze Strecken zu dehnen, so benutzt man einen geraden Dehner, dessen erweiternder Branchenteil etwa 5 cm lang ist; je nachdem das zu behandelnde Infiltrat weiter peripher oder weiter zentral gelegen ist, führt man das Instrument verschieden tief ein.

Sind die Infiltrate der Pars anterior im Gegenteil aber auf gröfsere Strecken hin diffus verteilt, und wünscht man, um die Behandlung zu vereinfachen und die Dauer derselben abzukürzen, diese gleichzeitig zu dilatieren, so benutzt man gerade Dehner, deren erweiternder Teil etwa 15 cm mifst. Auf Wunsch können natürlich auch Instrumente mit jeder anderen Branchenlänge angefertigt werden.

Von dem gleichen Gesichtspunkte aus sind auch diejenigen Instrumente zu beurteilen, welche — wie die der Figg. 2 u. 3 — gleichzeitig an gebogenen und an geraden Partien dehnen. Sie eignen sich für die Fälle, wo die Infiltrate nicht nur in der Pars posterior, sondern auch in der Pars anterior gelegen sind; mit ihrer Hilfe ist man also im stande, die Behandlung auch hier einfacher zu gestalten und die Dauer derselben abzukürzen.

Die Furcht, dafs man mit solchen Instrumenten die enge Pars membranacea mit dehnt, ist eine durchaus unbegründete; die praktische Erfahrung einer langen Reihe von Jahren hat uns auf das allerdeutlichste bewiesen, dafs auch dieser Teil Dehnungen auf hohe Nummern —wie 40 Charr. — gut verträgt, wenn dieselben nur in der richtigen, vorsichtigen und langsam steigenden Weise ausgeführt werden.

Ob man für Instrumente, welche nur an den gebogenen Partien oder an den gebogenen und geraden gleichzeitig dehnen,

die Guyonsche (Figg. 3 u. 4) oder eine einfache Biegung (Figg. 2 u. 5) wählt, ist unserer Meinung nach ziemlich gleichgültig; beide Formen haben sich gut bewährt.

Die beschriebenen Instrumente stammen aus der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig. Die Figuren 1—6 geben nur einen Teil der verschiedenen Formen dieser neuen Dehnerarten wieder; die übrigen sind der Raumersparnis wegen weggelassen worden. Um Mifsverständnisse auszuschliefsen sei aber vor allem bemerkt, dafs auch die Spüldehner nach der in den Figuren 3, 4 u. 5 abgebildeten Form hergestellt werden, ebenso wie andererseits die gewöhnlichen Dehner nach der in Fig. 2 abgebildeten Form.

Rechnen wir zu diesen abgebildeten Formen aufserdem die oben erwähnte, aber in den Figuren nicht mit abgebildete gerade Form, deren Dehnfläche etwa nur 5 cm beträgt, und die andere, deren Dehnfläche etwa 15 cm mifst, so haben wir also für jede Art unserer Instrumente (d. h. Spüldehner und solche ohne Spülung) mindestens 7 verschiedene Formen, mit deren Hilfe man einerseits sowohl Infiltrate ganz kurzer Ausdehnung, andererseits aber auch solche, welche diffus verteilt sind, in richtiger individualisierender Weise zu behandeln vermag. Man wird daraus wohl die Überzeugung gewinnen, dafs nicht nur der von Lohnstein gegen unsere Dehner erhobene Vorwurf, dafs dieselben eine zu lange Dehnfläche besäfsen, der Begründung entbehrt, sondern in gleicher Weise auch die soeben von B. Motz[1]) aufgestellte Behauptung, welche an den Oberländerschen und Kollmannschen Dehnern merkwürdigerweise gerade das Gegenteil, nämlich konische, zu kurze Dehnflächen rügt.

[1]) Traitement des uréthrites chroniques, par le Dr. B. Motz. Annales des maladies des organes génito-urinaires, Nr. 6, pag. 435, 15 Mars 1903.

Litteraturbericht.

I. Erkrankungen der Nieren.

Sobre Quiluria. Von G. Tanago y Garcia. (El Siglo Médico. Madrid 1902.)

Verf. berichtet über folgende 2 Fälle. Der 1. Patient, 50 Jahre alt, lebte längere Zeit auf Cuba und hatte mehrmals Tripper. Vor 17 Jahren bekam er eine akute Retention, die einen Katheterismus erforderlich machte, wobei ein milchiger Urin entleert wurde; dies wiederholte sich 1893. Im Jahre 1898 bekam er eine rechtsseitige Epididymitis und seit dieser Zeit anhaltend milchigen Urin. Aufser geringgradiger Vergröfserung der r. Niere und Miktionsdrang ist nichts nachweisbar. Der weifse Urin enthält mit Äther extrahierbare Fettkügelchen und Globulin, sonst aber keine pathologischen Bestandteile. Auch der andere Patient, 53 Jahre alt, lebte längere Zeit auf Cuba. Er litt aufser an Gonorrhoe an schwerer Dysenterie, ferner an Magenbeschwerden (Hyperchlorhydrie) und vorübergehend an Beschwerden in der Nierengegend. Die Chylurie datiert bei ihm seit 8 Monaten und bessert sich bei Bettruhe, während die Nahrung ohne Einflufs ist. Der Urin giebt Cholestearinreaktion und enthält 3 $^0/_{00}$ Albumen — der Nachturin, der beinahe transparent ist, enthält weniger Albumen —, ferner Globulin, etwas Fibrinferment, sowie mikroskopisch Fettkügelchen und rote und weifse Blutkörperchen. Der Urin dieses Kranken wurde im weitern Verlaufe ganz klar, dann aber nach 3 Monaten wieder trüb. Beide Fälle trotzten jeder Therapie. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Verödung und hyaline Entartung der Malpighischen Körperchen der Niere. Von Th. Tschistowitsch (Virch. Arch. 171. Bd. 1903, S. 243.)

Bei Verödung der Malpighischen Körperchen sind folgende Haupttypen nachweisbar: 1. Bei Glomerulonephritis, nach vorangegangener Epithelwucherung, wuchert Bindegewebe unter Durchbrechung und Zerstörung der Kapsel sekundär hinein, wodurch Synechien der Kapsel mit dem Glomerulus, sowie Cysten und Obliteration der Körperchen entstehen. Hyaline Degeneration, gewöhnlich schwach ausgeprägt, betrifft das eingewucherte Bindegewebe. 2. Bei Störungen der Blutzirkulation und der Harnableitung sind entzündliche Erscheinungen schwach ausgesprochen. Einzig und allein durch Aufquellen der Membr. propria entsteht das Kapselhyalin, die Glomeruli kollabieren und verwandeln sich in Hyalin,

welches sich auch auf die Membr. propria der Harnkanälchen ausbreitet. 3. Bei chron. interstitieller Nephritis werden die Körperchen durch sich auf die Bowmannschen Kapsel auflagerndes Bindegewebe komprimiert. Die hyaline Degeneration beginnt mit der Membr. propria, ergreift das Kapselgewebe und die Glomeruli; doch unterscheidet sich dieses Hyalin durch feine Körnung und Orangefarbe mit van Gieson.

Das Hyalin entsteht vorwiegend in der aufgequollenen Membr. propria und den Glomerulusgefäfswandungen. Durch diese Membr. propria dringt kein neugebildetes Fasergewebe ins Malpighische Körperchen. Die Kerne bei der zweiten und dritten Verödungsart gehören wahrscheinlich nur mono- oder polynukleären Leukocyten an.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Störungen der Regeneration von Nierenepithelien. Von E. Ellermann. (Virch. Arch. 171. Bd. 1903, S. 557.)

E. hat bereits 1899 gelegentlich der Obduktion einer 73jährigen Frau in der Niere, die „Kuchenform" mit 2 Ureteren hatte, und zwar in der Corticalis riesenzellenartige Gebilde beobachtet und beschrieben. Diese Zellen sitzen vorwiegend in den gewundenen Kanälchen und zeigen zum Teil Sprossenbildung. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

La bordure en brosse des tubuli contorti des reins. Von J. Castaigne und F. Rathery. (Soc. de biologie de Paris 27. Dez. 1902.)

24 Stunden post mortem findet man den Bürstenbesatz dieser Nierenepithelien beim Menschen nicht mehr. Er war dagegen noch nachweisbar bei zwei chron. hydronephrotischen und bei einer chron. diffus entzündeten Niere, die chirurgisch entfernt und sofort untersucht worden waren. Er fehlte aber vollständig bei einer lebensfrischen pyelonephrotischen und einer syphilitischen Niere. Es ergiebt sich hieraus, dafs der Bürstenbesatz auch beim Menschen nur bei hochgradiger Läsion des Nierenepithels verschwindet. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein weiterer Fall von Schwangerschaftshämoglobinurie. Von Meinhold in Neu-Ruppin. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 4.)

Im Anschlufs an die Publikation Brauers in Nr. 20, 1902 der M. m. W. giebt M. die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles seiner Beobachtung bekannt. Er schildert das Krankheitsbild folgendermafsen: Blase, leicht gelbliche Hautfarbe; Schlaflosigkeit, Hautjucken, Schwächezustände, dunler Urin. Milz- und Leberschwellung kann vorhanden sein. Stühle bisweilen acholisch oder heller gefärbt. Urin enthält Hämoglobin und Albumen, bisweilen Bilirubin und Urobilin, Menge etwas herabgesetzt und spez. Gewicht leicht erhöht. Mikroskopisch findet man amorphe Blutbröckel, vereinzelte hyaline Cylinder. Nicht vorhanden sind Pulsverlangsamung, Ödeme, Eklampsie, Störung der Geburt, aufser bisweilen etwas verfrühter Eintritt. Die Entstehungsursache des Leidens ist unbekannt. Therapeutisch hat sich M. Hämatogen gut bewährt. Jesionek-München.

Kidney complications in the puerperal and other states. Von Snider. (Mercks Archives. Nov. 1902.)

Eine 34jährige Primipara abortierte, erholte sich jedoch bald und wurde nach 2 Monaten wieder gravid. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal, nur waren in der letzten Zeit stärkere Ödeme aufgetreten. Am 17. Tage nach der Entbindung trat plötzlich Schüttelfrost und Fieber (41,5) auf. Behandlung mit Digitalis und Jaborandi; später mit Formin (Hexamethylentetramin) 0,3—1,0 3mal täglich und Gaduol (einem alkoholischen Leberthranextrakt). Heilung. Über den Nierenbefund wird nichts mitgeteilt. von Hofmann-Wien.

Bemerkungen zur Scharlach- und Diphtherieniere. Von O. Heubner. (Aus der Univ.-Kinderklinik in Berlin.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 4.)

Die Differenz des klinischen Bildes bei Scharlachnephritis und bei Diphtherienephritis steht nicht im Einklang mit den Ergebnissen rein pathologischer Forschung, welche sich dahin zusammenfassen lassen, dafs eigentlich bei allen Erkrankungen, insbesondere auch bei allen Infektionskrankheiten alle möglichen anatomischen Veränderungen an den Nieren vorkommen können. Verf. hat nun unter Zuhilfenahme exaktester Methoden je eine Scharlach- und Diphtherieniere — von ganz reinen Erkrankungen — untersucht und hat gefunden, dafs es sich bei der Scharlachnephritis um eine exquisit hämorrhagische Erkrankung handelt mit vorwiegender Beteiligung der Glomeruli, und erst sekundäre Degeneration der Epithelien, um eine primäre Erkrankung des Gefäfsanteiles der Nierensubstanz. Der Diphtherieniere dagegen ist die primäre Degeneration der Epithelien eigen; dabei ist es aber nicht das Gesamtkanalsystem, sondern es sind immer nur einzelne seiner Abschnitte, welche die Erkrankung des Epithels aufweisen. In dem einen Falle waren nur die Schleifenschenkel und das „Schaltstück" erkrankt; schon gelegentlich früherer Untersuchungen hatte H. in einer Diphtherieniere nur die gewundenen Kanälchen in der Rinde affiziert gefunden. Diesen Befunden einer partiellen Schädigung einzelner Abschnitte der Niere entsprechen auch die Ergebnisse experimenteller Forschungen, wie solche von Ehrlich und Lindemann angestellt worden sind. Jesionek-München.

Nephritis in smallpox. Von W. M. Welch und J. F. Schamberg. (Phil. Med. Journ. 1902, 1. Nov.)

Verf. haben bei 128 Fällen von Variola 1088 Urinuntersuchungen vorgenommen. Albumen war häufig vorhanden und zwar in 65 % der Fälle. Cylinder zeigten sich bei 45 %. Die Albuminurie war also in den meisten Fällen der Ausdruck einer Gewebsveränderung in der Niere. Die klinischen Erscheinungen waren meist nur mäfsig stark, jedenfalls weniger intensiv als bei Scharlachnephritis. In der Rekonvaleszenz liefs sich eine leichte Albuminurie in 45 % der Fälle nachweisen.

Verff. sind der Ansicht, dafs die Nierenerkrankung bei Variola, wenn nicht genügend beachtet und behandelt, leicht zu einem chroni-

schen Morb. Brightii führen kann. Der Urin von Variola-Rekonvaleszenten mufs daher genau überwacht werden. Dreysel-Leipzig.

Nephritis syphilitica acuta praecox. Von G. Kövesi. (Budapester kgl. Ärzteverein 22. Nov. 1902. Nach d. Pest. med. chir. Presse 1903, S. 181.)

Die 21jährige Patientin, deren Infektion etwa 2 Monate zurückdatiert und die jetzt ein schweres papulöses Syphilid hatte, erkrankte unter heftigem Schüttelfrost mit Ödem der Füfse und des Gesichts. Gefrierpunkt des Urins 1,69°; Albumenmenge 4%, nebst zahlreichen Leukocyten und granulierten und hyalinen Cylindern. Unter Ruhe verschwanden die Erscheinungen nach ca. 10 Tagen, und jetzt erst wurde die antiluetische Kur eingeleitet. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Fall von Nephritis parenchymatosa syphilitica. Von Prof. Mühlig. (Aus dem deutschen Krankenhause zu Konstantinopel.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 12.)

Zu den Ausführungen Wagners in der M. M. W. 1902, Nr. 50 und 51, bringt M. einen interessanten Beitrag. Ein 26jähriger Mann war mit den Erscheinungen einer akuten parenchymatösen Nephritis ins Krankenhaus aufgenommen worden; Schwitzbäder und Milchdiät blieben ohne Erfolg. Da wurde man nach c. 8 Wochen auf eine Roseola, auf plaques muqueuses, auf indolente multiple Drüsenschwellung aufmerksam; auch fand sich an der Glans ein Ulcus. Es wurde eine Injektionskur (Sublimat 0,01 tägl.) eingeleitet, dem Kranken kräftige gemischte Kost verabreicht. Nach der 20. Einspritzung war der Urin frei von Albumen, und auch die übrigen syphilitischen Erscheinungen waren vollkommen oder beinahe vollkommen zurückgebildet. Unter Benutzung der anamnestischen Angaben glaubt M. schliefsen zu dürfen, dafs die syphilitische Nephritis parenchymatosa etwa 14 Tage nach dem Auftreten des Schankers, 5 Wochen nach dem suspekten Coitus in Geltung getreten sei, während die übrigen sekundären Erscheinungen sich erst 8—9 Wochen nach dem Primäraffekte gezeigt hätten Jesionek-München.

A case of haemorrhagic nephritis. Von Mc Call. (Brit. Med. Journ. Nov. 29, 1902.)

Bei einer 32jährigen Primipara stellte sich einige Tage vor Beginn der Wehen Hämaturie ein. Die Geburt verlief normal. Es bestand leichtes Fieber, später entwickelte sich Venenthrombose des linken Beines, und die Patientin starb einen Monat nach der Entbindung. Bei der Sektion fand man doppelseitige hämorrhagische Nephritis, Dilatation und Hypertrophie der Ureteren, sowie Hypertrophie der Blase.

von Hofmann-Wien.

Schwere Nierenentzündung nach einem spontan geheilten Darmverschluss. Von K. Buday. (Ärztl.-naturwissenschaftl. Sect. d. Siebenbürg. Museums-Vereins, 19. April 1902.)

Bei einem 6jährigen Mädchen, das mehrere Tage an den Er-



scheinungen eines inneren Darmverschlusses litt, die langsam verschwanden, entwickelte sich einige Wochen später eine hämorrhagische Nephritis, die letal endigte. Die Nieren zeigten akut parenchymatös-hämorrhagische Veränderungen, die offenbar als auto-intoxikative infolge des Darmverschlusses aufzufassen sind. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Les éliminations urinaires et la physiologie pathologique des néphrites scléreuses chroniques. Von H. Claude und F. Burthe (Soc. de biol. 20. Nov. 1902.)

Die in den letzten Jahren aufgestellte These, dafs die Durchlässigkeit der Niere bei chronischer interstitieller Nephritis vermindert sei. ist nicht korrekt. Bei langsamem, schleichendem Verlauf dieser Erkrankung sind die Ausscheidungen lange Zeit hindurch reichlich und oft sogar sehr reichlich, und das Gefäfssystem pafst sich dem Zustande der Niere an, und es kommt sogar, wie histologisch nachweisbar ist, zur Neubildung von Glomeruli und Tubuli. Erst wenn das Herz erlahmt, durch Myokarditis oder durch eine sonstige Störung, treten die Erscheinungen einer Niereninsufficienz auf. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Fall von Fibrinurie bei Nephritis. Von Lostorfer. (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 7, 1903.)

Die 49jährige Patientin wurde mit Erscheinungen akuter Herzinsufficienz aufgenommen. Vor acht Jahren hatte sie Gelenkrheumatismus überstanden, seit zwei Jahren bestehen Herzbeschwerden, seit drei Wochen Sehstörungen. Die Untersuchung ergab Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, Retinitis albuminurica. Im massenhaft Eiweifs enthaltenden Harn flottiert ein Gerinnsel, welches mikroskopisch und chemisch sich als Fibrin darstellt. Dasselbe hatte die Gröfse eines Fünfkronenstückes. Das Phänomen konnte nur an zwei Tagen beobachtet werden. Im Sedimente fanden sich spärliche hyaline und Wachscylinder, aber kein Blut. Tod fünf Tage nach der Aufnahme. Vor dem Tode wurde eine recente Perikarditis festgestellt. Die Sektion ergab chronische parenchymatöse und interstitielle Nephritis und Schrumpfung der Niere.

Als hervorstechendste Merkmale dieses Falles hebt L. hervor: das Auftreten von Fibringerinnung in klarem, hellgefärbtem Harn, welcher bei hohem Eiweifsgehalt jede Spur von Blut vermissen liefs, bei intakten Harnwegen und frischen, sowie chronischen entzündlichen Veränderungen und Amyloidose der Nieren. von Hofmann-Wien.

Ein Fall von urämischer Amaurose. Von W. Hauenschild. Nach einem Vortrag im ärztlichen Verein Nürnberg. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 4.)

Unter urämischer Amaurose versteht man Sehstörung bei Nierenleiden, die ohne ophthalmoskopisch nachweisbare Veränderung des Sehnerven oder der Netzhaut verläuft und von einer etwa gleichzeitig bestehenden Retinitis albuminurica vollkommen zu trennen ist. In dem Falle H.s ist die Amaurose einen Tag nach dem urämischen Anfalle aufgetreten;

während der Blindheit, die ca. 18 Stunden dauerte, bestand keine Störung des Allgemeinbefindens. Die Blindheit auf beiden Augen war plötzlich eingetreten und ebenso plötzlich verschwunden. Die Diurese und ebenso der Eiweifsgehalt hatten während der Sehstörung keine auffallenden Veränderungen erfahren. Hinsichtlich der Pathogenese, führt H. aus, ist weniger an ein flüchtiges Ödem der Netzhaut, des Sehnerven oder dessen Scheide zu denken, als vielmehr an Vorgänge innerhalb der Schädelhöhle, und zwar könnte man im speziellen Falle, da die Pupillarreaktion intakt geblieben war, den Sitz der Erkrankung an die Stelle der Lichtempfindung selbst in den Occipitallappen verlegen. Im Anschlufs referiert der Vortragende über die verschiedenen Theorien Traubes, Frerichs und Jakschs über das Wesen der Urämie.

Jesionek-München.

Brights disease benefitted by the use of apocynum cannabinum. Von Paine. (St. Louis Courier of Med. Jan. 1903.)

Es handelt sich um einen 47jährigen Patienten mit chronischer Nephritis, lautem Mitralgeräusch und starken Ödemen. Die gewöhnlichen Medikamente und Behandlungsmethoden blieben ohne Erfolg. P. begann nun Extract. apocyn. cannabin. fluid. in Dosen von 8 Tropfen 4stündlich zu reichen, worauf rasche Besserung eintrat. Die Urinmenge stieg in den nächsten 24 Stunden von 168 ccm auf 3696 ccm, Ödeme, Ascites und Dyspnoe nahmen ab; es wurde daher auf 4 Tropfen dreimal täglich heruntergegangen. Der Patient befand sich hierauf durch mehrere Wochen sehr wohl, starb aber einige Zeit später ziemlich plötzlich.

von Hofmann-Wien.

Über die diuretische Wirkung des Theocins. Von Dr. Kramer. (Aus der med. Klinik des Geh.-R. Riegel, Giefsen.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 13.)

Das Ergebnis seiner Beobachtungen an sechs Fällen fafst K. dahin zusammen, dafs er sagt, dafs das Mittel als ein wertvolles, rasch, wenn auch nicht immer wirkendes Diureticum bezeichnet werden mufs, das in der Mächtigkeit seiner Wirkung unsere besten Diuretika, wie Azurin und Diuretin, weit übertreffen kann. Noch mehr würde sein Wert sich erhöhen, wenn es gelänge, eine Verordnungsform zu finden, welche die leicht auftretende Übelkeit und Brechreizung herabminderte oder beseitigte. Wie Döring (M. m. W. 1903 Nr. 9) betont auch K., dafs der Eintritt der Wirkung ein sehr rascher sei, dafs aber nach Aussetzen des Mittels ein sofortiger Nachlafs der Wirkung zu verzeichnen sei.

Jesionek-München.

Theocin (Theophyllin), ein neues Diureticum. Von Dr. Doering. (Aus der I. inneren Abteilung [Prof. A. Fraenkel] des städt. Krankenhauses am Urban zu Berlin.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 9.)

Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, dafs von den Dimethylxanthinen das Theophyllin den höchsten diuretischen Effekt ver-

ursacht. Der praktischen Verwertung des aus den Theeblättern dargestellten Theophyllin steht der hohe Preis (12000 M. für 1 kg) entgegen. Das von den Elberfelder Farbenfabriken synthetisch dargestellte „Theocin" ist wesentlich billiger (240 M. für 1 kg). Theocin ist in Wasser, besonders in etwas angesäuertem Wasser leicht löslich, entspricht in seiner Giftigkeit dem Koffein, übertrifft aber dieses ebenso wie das Theobromin in Bezug auf diuretische Wirkung. Die therapeutischen Versuche D.s erstrecken sich auf 20 Fälle; es handelte sich um Herzfehler resp. Herzentartung mit Stauungserscheinungen, Nierenentzündung und einmal um ein gröfseres pleuritisches Exsudat. Gegeben wurde das Theocin in Tagesdosen von 0,5—0,9, am besten ertragen in möglichst kleinen Einzeldosen (0,15), besonders wenn es als Pulver in Oblaten verabreicht worden ist. Es wirkt in den kleinen Dosen ebenso gut oder besser als das Diuretin in weit gröfseren Dosen, und dabei setzt die Wirkung schon am ersten Tage ein, meist hier mit dem gröfsten diuretischen Erfolge. Die Wirkung hört aber schon am Tage nach dem Aussetzen des Mittels auf und versagt ganz, wenn es längere Zeit fortgesetst gegeben wird. Auf den Blutdruck hat das Theocin in keinem Falle eingewirkt, und ebensowenig fand je eine Reizwirkung auf die Nieren statt. Manche Patienten haben das Mittel nicht gut ertragen, mehrmals stellte sich Erbrechen ein, bei einer Patientin machte sich ein schlechter Einflufs auf den Schlaf geltend, eine andere Pat. hatte über Jucken und Kriebeln zu klagen; ein toxisches Exanthem ist nicht beobachtet worden. Seine Erfahrungen fafst D. dahin zusammen, dafs das Theocin ein schnell und stark wirkendes Diuretikum sei, infolgedessen da indiziert erscheine, wo es sich um die Beseitigung eines grofsen Hydrops handle; man müsse aber im Auge behalten, dafs bei längerem Gebrauch seine Wirkung nicht nachhalte und dafs eine Wirkung auf das Herz ihm nicht zukomme. Jesionek-München.

The dietetic treatment of contracted kidney. Von v. Noorden. (Intern. Med. Magaz. Jan. 1903.)

Wie bei der akuten Nephritis, handelt es sich auch bei der Schrumpfniere hauptsächlich darum, das erkrankte Organ zu schonen, doch darf man in der Einschränkung der Diät nicht so weit gehen, wie bei der akuten Form. Wenn aber die Prognose hoffnungslos geworden ist, soll man von allen strengen Diätvorschriften absehen, da der Kranke durch dieselben nur unnütz gequält wird. Den Alkohol möchte v. Noorden ganz verbieten mit Ausnahme einzelner dringender Indikationen für den Gebrauch desselben. Zu diesen gehören Appetitmangel und Störungen von seiten des Herzens. Gewürze sind zu verbieten, hingegen gestattet v. N. Spargel in mäfsigen Quantitäten. Der Genufs von Kaffee, Thee und Tabak ist möglichst einzuschränken. Fleischextrakte, Fleisch mit Hautgoût sind verboten, hingegen soll der sonstige Fleischgenufs nicht weiter eingeschränkt werden, da zwischen den einzelnen Fleischsorten kein wesentlicher Unterschied bezüglich ihrer Einwirkung auf die Niere zu existieren scheint. Zu viel Flüssigkeitszufuhr ist schädlich. v. N.

setzt die Menge der Flüssigkeit bei seinen Patienten bedeutend herab, gestattet aber wöchentlich einen Trinktag. Mitunter schreibt er auch Mineralwasserkuren von nicht zu langer Dauer vor, jedoch nur in Fällen, wo das Herz nicht nennenswert geschädigt ist. Überfütterung ist zu vermeiden; natürlich darf man nicht in das entgegengesetzte Extrem verfallen. von Hofmann-Wien.

The principles underlyring the dietetic and physical treatment of acute nephritis. Von v. Noorden. (Intern. Med. Magaz. Dec. 1902.)

1. Bei schweren Fällen von akuter Nephritis, bei denen die Harnsekretion in hohem Grade reduziert ist, wo die Ödeme zunehmen und Urämie droht, sollte die Nahrungseinfuhr auf die möglichst geringste Menge beschränkt werden: etwa $^1/_2$ Liter Milch im Tage. Gegen den Durst können kleine Eisstückchen oder Wasser theelöffelweise gegeben werden. Diese Diät kann natürlich nicht länger als 4—5 Tage eingehalten werden, doch ist diese Zeit vollständig genügend, da das gefährliche Stadium ausgesprochener Oligurie selten länger dauert.

2. Auch wenn die Harnsekretion in geringerem Maſse gelitten hat. bei mäſsigen Ödemen ist Milch als das Hauptnahrungsmittel anzusehen, Die Tagesmenge soll $1^1/_2$ Liter nicht übersteigen, besonders wenn $^3/_8$ Liter süſser Rahm hinzugefügt wird, was den Nährwert bedeutend steigert. Verlangt der Patient mehr Nahrung, so ist es besser, auſser der eben bezeichneten Milchmenge noch Nahrungsmittel zu geben, welche bei hohem Kalorienwert wenig Proteïde enthalten (Reis, Zwieback, Butter, Zucker usw.).

3. Im Rekonvalescenzstadium kann ein Teil der Nahrung (bis $2^1/_2$ Liter) aus Milch bestehen, doch sollen auch andere Speisen genossen werden und zwar in der Weise, daſs der Eiweiſsgehalt allmählich gesteigert wird. Wünschenswert ist reichlicher Genuſs von Flüssigkeiten. Klimawechsel (besonders Ägypten) ist zu empfehlen.

von Hofmann-Wien.

Zur Behandlung der akuten Nierenentzündungen. Von R. Renvers. (Therapie der Gegenwart 1902, Nr. 4.)

Nach R. ist eine akute Nephritis stets nur das Symptom einer akuten Infektions- oder Intoxikationskrankheit. Primäre Infektionen der Niere sind selten. Bei der Behandlung der akuten Nephritis ist daher die Bekämpfung des primären Infektionsherdes die Hauptsache; von groſser Bedeutung ist weiter die Entfernung der Abfallstoffe aus dem Blute. Erreicht wird diese durch Anregung der Haut und des Darmes durch heiſse, feuchte Einwickelungen, heiſse Bäder, Zufuhr heiſser Getränke, salinische Abführmittel; direkt schweiſstreibende Getränke sind nicht empfehlenswert, da sie die Nieren reizen. Um die Bildung von Stoffwechselprodukten nach Möglichkeit zu verhüten, muſs die Diät eine entsprechende sein, die Nahrung soll hauptsächlich aus Kohlehydraten und Fetten bestehen; Eiweiſs ist nur so viel zuzuführen, als unbedingt nötig ist. Alkohol, alle Gewürze sind gänzlich zu verbieten. Reine

Milchdiät ist wegen des hohen Eiweifsgehaltes nicht empfehlenswert; die Milch wird am besten mit Graupen- oder Haferschleim mit Zusatz von Zucker verdünnt. Die Muskelbewegungen sind möglichst einzuschränken, damit der Stoffwechsel nicht zu lebhaft wird. Die Ausscheidung der Stoffwechselprodukte aus dem Blute wird durch erhöhte Flüssigkeitszufuhr befördert, doch soll die Menge der täglichen Flüssigkeit nicht über 2 l betragen. Bei unstillbarer Brechneigung, wenn also Zufuhr von Flüssigkeit per os nicht möglich ist, heifse Enteroklysmen, bei Diarrhoe subkutane Kochsalzinfusionen (200—300 ccm). Beim Sinken des Blutdruckes sind heifse flüssige Nahrungsmittel, doch ohne Alkohol, erforderlich, nützlich vor allem sind heifse Lösungen von Milchzucker oder Auflösungen von Malzextrakt in heifsem Wasser mit Zusatz von Sahne; Digitalis und Strophanthus sind nur mit Vorsicht anzuwenden.

Nach R. ist das Wasser das einzige wirkliche Diuretikum bei akuter Nephritis. Innerlich und äufserlich richtig angewendet, vermag es im Verein mit einer entsprechenden Diät die Nephritis wirksam zu bekämpfen.

Dreysel-Leipzig.

Zur radiographischen Diagnose der Nierensteine. Untersuchungstechnik und Ausführung von vier neuen Fällen. Von Kienböck. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 50, 1902.)

1. 25jähriger Mann. Seit 5 Jahren nach gonorrhoischer Cystitis einige mehrtägige Attacken mit Fieber und Schmerzen in der rechten Nierengegend. Wiederholt Eiter im Harn. Keine typischen Nierenkoliken. Auf mehreren Röntgenogrammen war ein haselnufsgrofser Konkrementschatten in der rechten Nierengegend zu erkennen. Die Diagnose wurde durch die Operation bestätigt. Der Stein bestand der Hauptsache nach aus oxalsaurem Kalk.

2. 31jähriges Mädchen. Seit 3 Jahren heftige Schmerzen in der Nierengegend, jedoch keine eigentlichen Nierenkoliken. Radiographisch liefsen sich rechterseits 2 über haselnufsgrofse Konkremente nachweisen, welche operativ entfernt wurden. Auch hier handelte es sich um Oxalate.

3. 42jähriger Mann. Seit 6—7 Jahren Schmerzen in beiden Seiten. 2 mal waren Blasensteine zertrümmert worden. Fieber. Sowohl rechts als links konnten röntgenographisch zarte Schatten nachgewiesen werden. Bei der zunächst linkerseits vorgenommenen Nephrotomie fand man links 2 Phosphatkonkremente. Die rechte Niere soll später operiert werden.

4. 36jähriger Mann. Seit 12 Jahren Schmerzen „im ganzen Leib“; zeitweise Abgang von Blut und Urin mit dem Eiter. Niemals typische Nierenkoliken. Einmal sollen Phosphatsteinchen entleert worden sein. Röntgenographisch sind auf beiden Seiten der Wirbelsäule Schatten nachzuweisen.

von Hofmann-Wien

Die Behandlung der Nierensteinkrankheit. Von G. Klemperer. (Die Ther. d. Gegenw. Dezemb. 1902.)

Nachdem K. in der Einleitung auf die Schwierigkeit, eine Nierensteinkolik zu diagnostizieren, hingewiesen hat, bespricht er im einzelnen

die bisher üblichen Behandlungsmethoden, das Morphium, die Hitzeapplikation, die Anregung der Diurese, die Anwendung des Glycerins, um schliefslich seine eigene neue Methode, die Streichung der Ureteren und die Erschütterung der Nierengegend, zu empfehlen. Unter 19 Fällen von Nierenkolik, bei denen an 2—11 Tagen die Uretermassage angewendet wurde, erfolgte 16 mal der Abgang von Steinen, was K. nicht nur als einen glücklichen Zufall, wie er auch bei den Steinkoliken häufig ist, betrachten möchte. Die Erschütterung der Nierengegend am besten in Form der maschinellen Vibrationsmassage wendet er bei Patienten an, die schon mehrfach Koliken durchgemacht haben, ohne dafs Steine herausgekommen sind; es treten danach gewöhnlich Koliken auf. Unter 10 Fällen erfolgte 6 mal der Abgang von Steinen. Die Erschütterung darf nur bei aseptischer unkomplizierter Nephrolithiasis erfolgen. In 25 % der Fälle von Nierensteinkrankheiten gehen die Steine trotz häufiger Koliken nicht ab, bei ihnen kommt die chirurgische Behandlung in Frage. Als strenge Indikation zur Operation betrachtet K. nur die länger als 24 Stunden dauernde Anurie und die akut einsetzende Pyämie. Die übrigen Indikationen, insbesondere die Häufigkeit und Schwere der Schmerzanfälle, können nur als relative von Fall zu Fall entschieden werden. Bei Nierenblutung infolge von Stein darf nur hochgradige Anämie Veranlassung zum operativen Eingriff werden. Bei eitriger Pyelitis soll man im allgemeinen operieren. Die beginnende Pyelitis kann aber nach Abgang des Steines zurückgehen, oder in mäfsiger Intensität ohne Gefahr für das Leben bestehen bleiben; besonders zurückhaltend sei man bei älteren Patienten mit der Operation.

Ludwig Manasse-Berlin.

Di due casi d'anuria. Von Dr. Nicolich-Triest. (Rivista Veneta di Scienze Mediche, 15. Dezember.)

N. beschreibt zwei von ihm beobachtete Fälle von Anurie. Im ersten Falle handelte es sich um einen Nierenechinococcus, in einer Solitärniere entwickelt. P. hatte im Juli 1900 einen Anurieanfall von 7 tägiger Dauer, im November 1901 einen Anfall von 4 tägiger und im Februar 1902 von 2 tägiger Dauer zu bestehen. Am 6. III. 1902 neuer Anurieanfall, der bis zum 15. III. andauerte, als die Nephrotomie ausgeführt wurde. Exitus 10 Stunden nach der Operation. Obduktion: Mangel der rechten Niere. An der Blase rechts fünf Anhängsel, Reste der mangelnden Niere. Die Operation war gerechtfertigt, da man solche sonst verlorene Kranke auch in extremis durch Nephrotomie retten kann.

Beim zweiten Falle handelte es sich um einen 34 jährigen Kranken, der wegen 15 tägiger Anuria calculosa nephrotomiert wurde. Im J. 99 Urethrotomia-interna, im J. 1900 Perinealabscefs. Einige Tage vor der Anurie entleerte Pat. nur Eiter. Nephrotomie in extremis. Heilung. Inokulation an Kaninchen gab positives Resultat bezüglich der Tuberkulose. Pat. urinierte aus den natürlichen Harnwegen erst 5 Wochen nach der Operation, ein Beweis, dafs die rechte Niere funktionsunfähig

und wahrscheinlich durch den tuberk. Prozeſs zu Grunde gegangen war. Pat. ist heute 1 Jahr nach der Operation wohl. Es besteht noch die Fistel der linken nephrotomierten Niere. Zeitweise flieſst der Urin aus dieser, und Pat. uriniert nicht einen Tropfen aus den natürlichen Harnwegen; zeitweise verschlieſst sich die Fistel, und Pat. uriniert nur aus der Harnröhre. In der linken tuberk. Niere hat ein sekundärer Phosphatstein die Anurie bedingt. Wahrscheinlich bedingt auch jetzt ein Konkrement, daſs zeitweilig der Harnleiter geschlossen wird und der Urin aus der Fistel flieſst.

N. betont die Notwendigkeit, sobald wie möglich die Nephrotomie auszuführen. Diese zwei Fälle dienen der Ansicht Merklens und Legueus zur Stütze, daſs bei Anurie nur eine Niere funktioniert. Oft ist nicht leicht zu urteilen, auf welcher Seite man operieren soll. Mittelst des Luys'schen Apparates würde sich dies sehr schnell und sicher feststellen lassen. N. bespricht eingehend, wie man dabei vorgehen soll und auf welche Symptome man Gewicht legen muſs.

Ravasini-Triest.

Injurious renal mobility („nephrospasis") in relation to gynaecology: founded on the examination of one hundred consecutive patients. Von Bonney. (Edinburgh Med. Journ. Dez. 1902.)

Es giebt 3 Klassen von abnormer Nierenbeweglichkeit:

1. Fälle, bei denen der Zustand nur eine Folge gesteigerter Zwerchfellsbewegung ist. Die Niere kehrt bei der Exspiration an ihren Platz zurück. Einwärtsrotation fehlt. Beschwerden bestehen nicht.

2. Die Niere kehrt bei der Exspiration nicht an ihren Platz zurück, doch fehlt die Innenrotation, da das Organ noch von unten her durch das perinephritische und retroperineale Fett unterstützt wird. Es bestehen entweder gar keine oder nur sehr geringe Beschwerden.

3. Die Niere kehrt bei der Exspiration nicht an ihren Platz zurück. Es besteht Einwärtsdrehung. Diese Form, welche B. mit dem Namen „Nephrospasis" bezeichnet, ist immer mit Beschwerden verbunden. Was die Behandlung betrifft, so kann man oft mit guten Bandagen vorzügliche Erfolge erzielen. Ein operatives Eingreifen hält B. für indiziert, wenn durch Bandagen kein Erfolg erzielt wird, bei schweren Fällen, wo dringend Hilfe not thut, bei Hämaturie und Nierenkoliken, sowie bei ungewöhnlicher Vergröſserung des Organes. von Hofmann-Wien.

Nephrorraphie. Nouveau procédé pératoire. Von Canac-Marquis. (La Presse méd. 1903, S. 24.)

Der Incisionsschnitt wird 2 cm unterhalb und parallel der 12. Rippe 10 cm lang geführt und nicht nur die Capsula adip., sondern auch die Caps. propria der Niere 8 cm lang gespalten. Letztere wird dann auf 3—4 cm von der Niere abgeschält. Nun wird der obere Rand der Caps. propria mittels eines Seidenfadens, der zunächst von oben durch die Haut geht, dann halskrausenförmig durch die Kapsel und die Muskulatur ihrer ganzen Länge nach geführt wird, um schlieſslich am Wundrande wieder durch die Haut zu gehen, fest mit der Muskulatur ver-

einigt. Anfang und Ende des Fadens werden auf der Haut mittels eines durch ihn gesteckten Nickelplättchens und einer Bleiperle fixiert. Eine weitere genau in gleicher Weise angelegte Naht vereinigt den unteren Rand der Kapsel mit der Muskulatur des unteren Wundrandes. 2—3 durch die Haut der Muskulatur nach oben offene in Achtertouren geführte Seidenfäden vereinigen die Ränder der Muskelwunde miteinander. Auch diese Nähte sind auf der Haut mittels Nickelplättchen und Bleiperlen fixiert. Schliefslich wird auch die Hautwunde mittels einiger Achtertouren geschlossen. Es giebt also hierbei keine versenkten Nähte, und jeder Faden kann ohne weiteres entfernt werden. Nach 14 Tagen entfernt man die Nickelplatten und Bleiperlen, damit die Fäden bei der Respiration nicht einschneiden. Später kann man dann auch die Fäden selbst entfernen. Seit 1890 hat Verf. diese Operation 281 mal und stets ohne einen Mifserfolg gemacht. In 10 Fällen bestand eine chron. Nephritis, die durch die doppelseitige Nephrorraphie offenbar unter dem Einflufs der Kapselspaltung geheilt wurde. In 16 Fällen war die Wanderniere geschwollen und druckempfindlich. Auch hier erfolgte Heilung durch die Operation.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Modified Vulliets nephropexy simplified by the use of a swivel tenotome. Von Thomas. (Brit. Med. Journ. Nov. 8, 1902.)

Vulliets Operation besteht der Hauptsache nach darin, dafs die Niere durch einen aus der Sehne des M. erector spinae geschnittenen Streifen, welcher durch das Nierengewebe geführt wird, an die Seite des 1. Lendenwirbels fixiert wird. Th. hat nun diese Operation dahin modifiziert, dafs er den mit einem eigenen Tenotom herausgeschnittenen Sehnenstreifen nicht durch das Nierengewebe, sondern nur durch die Kapsel führt.

von Hofmann-Wien.

Movable right kidney and chronic appendicitis. Von Manton. (Amer. Gynecol. Nr. 1, Vol. II, 1903.)

Nach M.s Erfahrungen ist die Nephroptose die häufigste Ursache der chronischen Appendicitis. Von 73 an rechtsseitiger Wanderniere leidenden Patientinnen zeigten 48 (65 %) Symptome von Appendicitis. Was die Therapie betrifft, so kann in einigen Fällen die Entfernung des Appendix, in anderen die Fixation der Niere Heilung herbeiführen. In schweren Fällen müssen beide Operationen vorgenommen werden.

von Hofmann-Wien.

Case of bullet wound of liver, right kidney and right lung: nephrectomy: death. Von Turton. (Brit. Med. Journ. Jan. 10, 1903.)

Ein 30jähriger Mann erhielt einen Schufs, welcher unterhalb der rechten Brustwarze eindrang und in der Gegend des 3. Lendenwirbels austrat. Starker Kollaps. Urin sehr stark bluthaltig. Zunehmende Dämpfung in den Flanken. Laparotomie 12 Stunden nach der Verletzung. Die Niere war in 4 Stücke gerissen und wurde exstirpiert. Tod unmittelbar nach der Operation. Obduktion: Schufskanal durch den rechten Leberlappen. Rechter Pleuraraum mit Blut erfüllt. Rechte Lunge verletzt.

von Hofmann-Wien.

Trois cas de traumatisme du rein. Von Guibal. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 3.)

Zweimal handelte es sich um Kontusion der Niere mit Hämaturie, begleitet von einer Hämorrhagie in das peritoneale Gewebe und sekundär in das Peritoneum; im dritten Falle war eine Kugel in das Abdomen gedrungen, hatte die Darmschlingen verschont, die linke Niere verletzt und dadurch eine peritoneale Blutung hervorgerufen. In allen 3 Fällen glaubte man es mit intestinalen Verletzungen zu thun zu haben und machte zur Vermeidung einer Peritonitis die Laparotomie. Die Operation zeigte, daſs die Symptome, welche auf beginnende Peritonitis hatten schlieſsen lassen, lediglich von der intraperitonealen Hämorrhagie, die von der Nierenverletzung ausging, abhängig waren. In allen Fällen Heilung. Die Krankengeschichten enthalten mancherlei interessante Punkte und sind ausführlich wiedergegeben. Schlodtmann-Berlin.

Nephrites chroniques bilatérales consècutives à des lésions traumatiques d'un seul rein. Von J. Castaigne und F. Rathery. (Soc. méd. des hôpit. 26. Dez. 1902. Nach La Presse méd. 1902, S. 1258.)

Patienten mit einseitiger Wanderniere, oder mit Hydronephrose, oder einseitigem Nierentrauma erkranken sehr oft nach einiger Zeit an Nephritis interstitialis des noch gesunden Organs der andern Seite. Experimentell läſst sich genau dasselbe Bild durch Unterbindung des Ureters der einen Seite erzeugen. Wie die Verf. festgestellt haben, beruhen alle diese Erscheinungen darauf, daſs die Zellen der erst affizierten Niere zerfallen und durch Leukocyten resorbiert werden. Thatsächlich findet man ja auch nach Ligatur des Ureters an Stelle der Niere nur noch eine bindegewebige Masse. Die resorbierten Nierenzellen wirken aber toxisch auf die gesunde Niere genau wie die Injektion einer Nierenemulsion. Für die Praxis ergiebt sich aber daraus die Forderung, jedes Nierentrauma sowie jede Wanderniere oder Hydronephrose möglichst bald zur Heilung zu bringen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Subparietal rupture of the kidney. Von T. A. Davis. (Annals of Surgery 1902, Sept.)

Die Schluſsfolgerungen des Verf.s lauten: 1. Der Rückgang der Mortalität bei subkutaner Nierenruptur ist in erster Linie auf die verbesserte Operationstechnik zurückzuführen. 2. Exspektative Behandlung ist angezeigt bei geringer Hämaturie; stärkere Blutung, Tumorbildung erfordern einen operativen Eingriff. 3. Eine sofortige Operation ist nötig bei Symptomen, die darauf hindeuten, daſs die Verletzung eine hochgradige ist, und zwar Nephrektomie mit Tamponade bei nicht zu starkem Blutverlust ohne direkte Lebensgefahr, Nephrotomie, wenn die Verletzung eine sehr hochgradige ist und Sepsis oder tödliche Blutung droht. 4. Bei wirklichem Chok ist die Operation aufzuschieben, in vielen Fällen ist ein Chok aber nur scheinbar verhanden; in Wirklichkeit sind die Symptome auf starke Blutung oder auf Sepsis zurückzuführen; eine Operation ist dann dringend angezeigt. Dreysel-Leipzig.

Erfahrungen über die praktische Anwendung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn bei Nierenerkrankungen. Von Dr. O. Rumpel aus der I. chirurg. Abt. des Herrn Dr. Kümmell im allg. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 1, 2 u. 3.)

Verf. giebt eine zusammenfassende Darstellung über die Methode der Gefrierpunktsbestimmungen in theoretischer und praktischer Beziehung und zieht seine Schlufsfolgerungen aus den Erfahrungen, die im Eppendorfer Krankenhause an etwa 300 Fällen im Laufe von ungefähr 3 Jahren gemacht worden sind. Die Idee, welche der Kryoskopie zu Grunde liegt, ist die, dafs die Nierenthätigkeit in osmotischem Sinne aufzufassen ist. Korányi, dem das Verdienst zukommt, die neue Untersuchungsmethode in die praktische Medizin eingeführt zu haben, hat gefunden, dafs beim Menschen eine grofse Konstanz der osmotischen Konzentration des Blutes bei normaler Nierenfunktion sich ergiebt, dagegen eine Konzentrationserhöhung des Blutes bei Nierenerkrankungen, und aufserdem ist festgestellt worden, dafs mit dem Steigen der osmotischen Konzentration des Blutes eine Konzentrationsverminderung des Harns Hand in Hand gehe. Kümmell hat diese Thatsachen in Kombination mit der Anwendung des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie in praktische Verwertung gezogen.

Die osmotische Konzentration wird vermittelst der Gefrierpunktserniedrigung bestimmt; je konzentrierter eine Lösung, um so tiefer liegt ihr Gefrierpunkt unter dem des destillierten Wassers. Zur Bestimmung des Gefrierpunktes des Blutes haben K. und R. den Beckmannschen Apparat benutzt, während zur Untersuchung des Harns das von Heidenhain angegebene Instrument mit dem festgelegten Nullpunkte in Verwendung gezogen wurde.

Die sehr zahlreichen Untersuchungen haben ergeben, dafs bei ungestörter Nierenfunktion, 125 Fälle, die molekulare Konzentration des Blutes eine sehr konstante ist und im Mittel durch eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,56° C. zum Ausdruck gelangt (Gefrierpunkt des Blutes $= \delta = 0{,}56$). Anderweitige Erkrankungen, Typhus abdominalis z. B., bewirken, vorausgesetzt, dafs die Nieren intakt bleiben, keine Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutes. Gröfseren Schwankungen dagegen unterliegt die Konzentration des Harnes; es fanden sich für $\triangle =$ Gefrierpunkt des Harnes Werte von 0,9 bis 2,3. Die Schwankungen in der Zufuhr und in der Ausscheidung der Flüssigkeitsmengen spielen hier naturgemäfs eine grofse Rolle.

Bei bestehender Nierenerkrankung, die eine Störung der Gesamtfunktion bedingt, ergiebt sich — bei sämtlichen 77 Fällen — eine Erhöhung der Blutkonzentration, gekennzeichnet durch das Tiefertreten des Gefrierpunktes unter 0,58. Die tiefste Senkung des Blutgefrierpunktes $\delta = 0{,}81$ wurde bei einem Prostatiker mit schwerer Urämie beobachtet. Der Konzentrationserhöhung des Blutes entsprach in fast allen Fällen eine Verminderung der molekularen Konzentration des Harnes; die Werte für $\triangle$ bewegen sich unter 0,9 bis 0,3 und 0,2. Vorübergehende Beobachtungen von $\triangle = 1{,}0$ und darüber weisen darauf hin, dafs die Harnkonzentration allein nur einen relativen Wert besitzt.

Bei 83 Fällen von klinisch nachgewiesener einseitiger Nierenerkrankung, bei denen die Gesamtnierenfunktion keinerlei Störung zeigte, war die Blutkonzentration eine normale, $\delta = 0{,}55 - 0{,}57$. Für den Harn ergaben Ureterenkatheterismus und Kryoskopie, dafs die einseitige Funktionsstörung durch verminderte molekulare Konzentration und verminderte Harnstoffausscheidung sich kundgiebt.

Die hervorragende diagnostische Verwertbarkeit der an einem so reichhaltigen Materiale gewonnenen Beobachtungen kommt zu klarem Ausdrucke erst dann, wenn man die Befunde Rumpels dahin zusammenfafst, dafs bei normaler molekularer Konzentration des Blutes für gewöhnlich eine doppelseitige Nierenerkrankung nicht besteht, und dafs eine Konzentrationserhöhung in allen Fällen auf eine solche schliefsen läfst. An treffenden Beispielen weist Verf. darauf hin, welch' eminente praktische Bedeutung der neuen Untersuchungsmethode, insonderheit in Kombination mit dem Ureterenkatheterismus für Diagnose und Indikationstellung bei chirurgischen Eingriffen zukommt. Jesionek.

Ist die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ein ausschlaggebendes Hilfsmittel für die Nierenchirurgie? Von Dr. F. Stockmann-Königsberg. (Monatsb. f. Urologie Bd. 7, Heft 10.)

Es handelt sich um einen Fall von anscheinend nur rechtsseitiger Nierenaffektion, deren genaue Diagnose durch starke Schmerzhaftigkeit sehr erschwert war; es wurde daher die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes vorgenommen. Resultat: normal. Noch vor Ausführung der in Aussicht genommenen Nephrotomie starb Patient.

Bauchsektion ergab: Links hochgradig tuberkulöse, sehr vergröfserte Niere mit wenig gesunder Substanz; sehr verdickter, mit Geschwüren besetzter Harnleiter; 3fach vergröfserte Milz, in ihr keine Tuberkel. Darmserosa ohne Tuberkelknötchen. Im Darm kleine Geschwüre. Rechts: keine Niere, kein Harnleiter.

Woher nun die Schmerzen lediglich rechts und das normale Verhalten des Blutgefrierpunktes?

Die erste Frage wird unbeantwortet gelassen; die letztere Thatsache erklärt sich Verf. folgendermafsen:

Pat. hatte von Haus aus nur eine Niere, die demgemäfs von Anfang an mit erhöhter Funktionskraft ausgestattet war. Als dies einzig vorhandene Organ nun zu erkranken begann, entwickelte jedes noch vorhandene gesunde Nierenelement noch soviel funktionelle Arbeit, dafs der Organismus bestehen konnte, der Körper also sich noch im Gleichgewicht befand.

Die Koranyische Methode giebt eben nur diese Thatsache allgemein an und nicht ohne weiteres, welches die kranke Niere ist; demnach ist, wo andere Methoden zur Bestimmung der Nierenfunktion ausstehen, bei alleiniger Anwendung der Kryoskopie dringend Vorsicht geboten.

Ludwig Manasse-Berlin.



Über das Dilutionsvermögen der Nieren im Dienste der funktionellen Nierendiagnostik. Von Géza v. Illyés und Géza Kövesi. (Orvosi hetilap 1902, Nr. 14—15.)

Die beiden Autoren haben auf den beiden Kliniken Dollinger (chirurgische) und Fried. v. Korányi (medizinische) in Ergänzung der diagnostischen Hilfsmittel zur Funktionsprüfung der sog. chirurgischen Nieren noch ein neueres Verfahren herangezogen. Da nämlich aus den Arbeiten von A. v. Korányi, Kövesi und Roth-Schulz hervorgegangen, dafs bei Parenchym-Erkrankungen der Nieren ihr Absorptions-Dilutionsvermögen herabsinkt, steckten sich die Autoren das Ziel aus, die Funktionstüchtigkeit der einzelnen Nieren auf Grund ihres Wasserausscheidungsvermögens bei reicher Wasserzufuhr und mit Hilfe des Ureterenkatheterismus zu bestimmen.

Bei chirurgischen Nierenerkrankungen wurden zunächst vom Sekrete jeder Seite separat der Gefrierpunkt und der NaCl-Gehalt bestimmt, weiters, um die Resultate mit anderen Verfahren vergleichen zu können, auch die Phloridzinprobe nach Casper-Richter ausgeführt. Hierauf erhielt der Kranke 1,8 Liter Salvatorwasser, worauf dann die ausgeschiedenen Urinmengen $^1/_2$ stündlich quantitativ gemessen und deren Gefrierpunkt bestimmt wurde.

Es wurden auf diese Weise 10 Fälle verschiedenster Nierenerkrankungen geprüft und hat sich ergeben:

1. Behufs richtiger Beurteilung der Funktionsgröfse der einzelnen Nieren ist es notwendig, dafs die Ureterenkatheter längere Zeit liegen bleiben (5—10 und mehr Stunden).

2. Mit der Anwendung des Dilutionsverfahrens gewinnt die funktionelle Nierendiagnostik eine weitere Ergänzung, die um so berechtigter ist, als bisher ein einheitliches Verfahren noch immer nicht Platz gegriffen hat.

3. Die Resultate des Dilutionsverfahrens bei chirurgischen Nierenerkrankungen lassen sich folgendermafsen zusammenfassen:

Auf mangelhafte Nierenfunktion deuten:

a) der verspätete Eintritt der Dilution,
b) die Differenz der in derselben Zeiteinheit beiderseits ausgeschiedenen Harnmengen,
c) die relative Persistenz der molekularen Konzentration, welche auch mittels grösserer Wasseraufnahme nicht zu beeinflussen ist und sich nur in ganz geringen Abweichungen im Sinken des Gefrierpunktes äufsert.

Remete-Budapest.

Die Harnkryoskopie in der Diagnostik doppelseitiger Nierenerkrankungen. Von H. Straufs. (Aus der II. med. Klinik der Charité.) (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 47, Heft 5 u. 6.)

St. betrachtet in vorliegender, sehr ausführlicher Arbeit die Gefrierpunktserniedrigung des Harns$=\Delta$, die 24stündige Urinmenge, das Produkt aus 24stündiger Urinmenge und $\Delta=$Valenzzahl, welche erst ein Bild der Leistungsfähigkeit der Nieren geben soll, den prozentualen



NaCl-Gehalt, den Quotienten $\frac{\Delta}{NaCl} = t$. Um nun die Bedingungen für die Prüfung der Nierenfunktion an obigen Werten möglichst gleichmäfsig zu gestalten und doch nicht zu sehr zu komplizieren, giebt er den Versuchspersonen stets ein gleiches Probeingestum; abends um 6 Uhr eine nicht gesalzene Milchsuppe; sie müssen dann die Blase nachts um 10 Uhr, morgens um 5 und 6 Uhr entleeren und erhalten dann auf nüchternen Magen 500 ccm Wasser, im „Wasserversuch", 10 g Kochsalz in 500 ccm Wasser im Kochsalzversuch und am dritten Tage im Eiweifsversuch 50 g Gluton in 500 ccm Wasser. Die Versuchspersonen werden dann an den Probetagen möglichst annähernd gleichmäfsig besonders in Bezug auf die NaCl-Zufuhr ernährt. St. hat so an Nierengesunden und kranken mehr als 150 Einzelversuche angestellt. Wenn sich auch ein gewisser typischer Ablauf unter normalen Verhältnissen herausgestellt hat — die Zahlen müssen im Original nachgesehen werden —, so beobachtete St. doch auch recht viele atypische Werte an Gesunden, so dafs zweifellose Grenzwerte zwischen den Befunden an Gesunden und Kranken z. Z. noch nicht zu geben sind, um so weniger, als auch bei den verschiedensten Nierenkrankheiten von ganz verschiedener Schwere die einzelnen Werte durchaus ungleichmäfsig normal oder anormal erscheinen. St. selbst bezeichnet seine Mitteilung als nicht abschliefsend, sondern als Vorarbeit, die eines noch weit ausgedehnteren Materials bedarf, ehe bestimmte Schlüsse daraus zu ziehen sind.

G. Zuelzer-Berlin.

Kongenitale Ektopie der Niere. Von X. Delore. (Revue de Chirurgie 1902, Aug.)

Verf. führt einen Fall von Ektopie der Niere bei einer 40jährigen Frau an, der nach subkapsulärer Nephrektomie in völlige Heilung überging. Bei einem anderen Falle, einem 42jährigen Manne, wurde die Affektion bei der Sektion entdeckt. In derartigen Fällen sollte stets, sobald die Diagnose gestellt ist, die Nephrektomie in Anwendung kommen. Zur Sicherstellung der Diagnose ist unter Umständen eine Laparotomie nötig.

Dreysel-Leipzig.

Beitrag zur Cystennierenexstirpation. Von Otto Seitz. (Aus der kgl. Universitätsfrauenklinik zu München.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 12.)

Bei einer 55 Jahre alten Frau war ein Abdominaltumor als multilokuläres glanduläres Ovarialkystom diagnostiziert worden. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fand man, dafs die Geschwulst vollkommen retroperitoneal gelegen war, mit ihrer untersten Partie bis ins kleine Becken reichte, ohne jedoch dortselbst mit den inneren Genitalien in Zusammenhang zu stehen. Nach Punktion einer Cyste, Entleerung einiger Liter hämorrhagischer, mit Cholestearin reichlich durchsetzter, dünner Flüssigkeit gelang es, den nunmehr kindskopfgrofsen Tumor vollständig herauszuschälen, wobei es sich zeigte, dafs in der Höhe des Promontorium

unten hinten in den Tumor ein kurzer, nicht dilatierter Ureter einmündete. Nach teilweiser Resektion der Kapsel, nach Versorgung des Ureterstumpfes wurde der ursprüngliche Geschwulstsack noch teilweise mittelst Naht verkleinert, tamponiert, und wurde ein Jodoformgazestreifen durch den oberen Wundwinkel herausgeführt. Die Ränder des Geschwulstsackes wurden mit den Bauchdecken zusammen eingesäumt, und die übrige Bauchwunde wurde in 3 Etagen wieder geschlossen. Am 42. Tage post operat. wurde Pat. geheilt entlassen.

Der entfernte Tumor bestand gröfstenteils aus Fett und zahlreichen Cysten. Mehrere von diesen waren mit Konkrementen vollgestopft, einige auch mit einer myxomatösen gelatineartigen Masse gefüllt, in den meisten jedoch fand sich eine hämorrhagisch-seröse Flüssigkeit. Mikroskopisch ergab sich nirgends eine maligne Degeneration, wohl aber eine interstitielle rarefizierende Nephritis. Hinsichtlich der Ätiologie hätte man daran zu denken, dafs die ursprünglich normale, vielleicht tiefer als normal angelegt gewesene Niere allmählich cystisch degenerierte oder dafs die Niere kongenital cystisch degeneriert war und weiter gewachsen ist. Eine sichere Diagnose wäre in diesem Falle wohl nur durch Katheterismus beider Ureteren und vergleichende Messung derselben möglich gewesen. Jesionek-München.

Contribution à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Von Bazy. (Revue de Chir. Jan. 1903.)

B. berichtet zunächst über 2 durch Ureteropyeloneostomie geheilte Fälle von intermittierender Hydronephrose.

1. Bei einer 24jährigen Frau mit enormer infizierter Hydronephrose wurde zunächst die Nephrotomie und da nach dieser eine Nierenfistel zurückblieb, sobald die Kranke sich von dem ersten Eingriffe erholt hatte, die Ureteropyeloneostomie vorgenommen. Heilung.

2. Bei einer 36jährigen Frau mit rechtsseitiger Hydronephrose wurde die Ureteropyeloneostomie auf abdominalem Wege vorgenommen, worauf Heilung erfolgte.

In einem weiteren Fall mufste B. die Nephrektomie ausführen, da die Niere bereits hochgradig verändert und nahezu funktionsuntüchtig war.

Des weiteren bespricht B. die verschiedenen Ursachen, welche zur Bildung einer intermittierenden Hydronephrose führen können. Die Lektüre dieses mit 73 instruktiven Abbildungen versehenen Artikels kann bestens empfohlen werden. von Hofmann-Wien.

Kystes hydatiques du rein gauche. Von Lance. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, S. 876.)

Bei dem 28jährigen Patienten, der seit mehreren Wochen stark abgemagert war, erfüllte der Tumor die ganze l. Hälfte des Abdomens. Bei der Operation zeigten sich hochgradige Verwachsungen mit dem Colon descendens, mit dem Pankreas, der Milz und dem Zwerchfell; doch gelang es, die Geschwulst in toto zu entfernen. Es war ein mächtiger Nierenechinococcus, bei welchem es infolge Verwachsungen mit dem Ureter zu einer Hydronephrose gekommen war. Der Patient überstand die schwere Operation. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Von Prof. Dr. Georges M. Edebohls. Autorisierte Übersetzung von Dr. O. Beuttner. Genf, Verlag von Henry Kündig.

Bekanntlich gebührt dem Gynäkologen Edebohls das Verdienst zuerst und mit der ganz bestimmten Absicht, die chronische Nierenentzündung zu heilen, an die operative Behandlung dieser Erkrankung herangegangen zu sein. Von den 18 bisher operierten Patientinnen litten 9 an einseitiger, die übrigen an doppelseitiger chron. Nephritis. In 14 Fällen wurden beide Nieren, in 4 nur eine Niere operiert, und zwar wurde die Nierenkapsel excidiert. Von den Operierten sind 8 geheilt, und 7 blieben seit 1—8 Jahren vollständig geheilt. E. glaubt, dafs die Heilung infolge der durch die Operation bewirkten stärker zunehmenden und angemesseneren Blutzufuhr herbeigeführt werde, wodurch die Resorption der Entzündungsprodukte und Exsudate begünstigt werde. Bezüglich weiterer Details müssen wir auf die kleine, sehr lebhaft geschriebene Broschüre des Verf. verweisen, in der die Krankengeschichten, sowie die Operationstechnik ausführlich dargestellt sind. Herr Dr. Beuttner hat jedenfalls durch seine ausgezeichnete Übersetzung zur Bekanntmachung dieser Heilmethode viel beigetragen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Fall von Uronephrose, geheilt durch Ureterplastik und Nierenbeckenfaltung. Von Prof. Petersen. (Aus der chirurg. Klinik zu Heidelberg [Geh.-Rat Czerny].) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 11.)

Bislang bestand die Behandlung dieses Zustandes in Nephrektomie oder einfacher Pyelotomie, der oft genug die sekundäre Exstirpation zu folgen hatte. Von den modernen Methoden, denen sämtlich die Idee zu grunde liegt, in jedem einzelnen Falle das Abflufshindernis zu suchen und zu beseitigen, kommen hauptsächlich in Betracht:

1. die Ureterplastik nach Fenger, beruhend auf dem Prinzipe der Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz;
2. die Pyeloneostomie von Küster, Resektion des Ureters und Einpflanzung in den tiefsten Punkt des erweiterten Beckens;
3. die Pyeloplikation von Israel (richtiger Pyeloptyxis), Faltung des Nierenbeckens.

Für seinen Fall hat Petersen eine Kombination von Ureterplastik mit Pyeloptyxis in Anwendung gezogen, von der Annahme ausgehend, dafs dadurch der Urinabflufs begünstigt, die vollkommene Ausheilung befördert und beschleunigt werde. Es handelte sich um einen 26jährigen Mann, der auf die Czernysche Klinik gekommen war mit Erscheinungen, welche an rechtsseitige Nephrolithiasis denken lassen konnten. Bei der Operation sah man, dafs weder Steine noch ein Tumor vorhanden war, sondern dafs es sich um eine hämorrhagische Uronephrose handle. Die einfache Pyelotomie hatte eine Urinfistel zur Folge, so dafs ungefähr 5 Wochen später ein zweiter Eingriff stattfinden mufste. Da fand sich nun, dafs das Nierenbecken einen überfaustgrofsen buchtigen Sack darstellte, der einen nach unten spitz zulaufenden Fortsatz aufwies. Es lag nahe, diese Verjüngung des Sackes als den Anfangsteil des erweiterten Ureters anzusprechen. Es ergab sich aber, dafs dieser

Fortsatz blind endete, und dafs der Ureter über den Sack hinwegzog und ca. 3 cm oberhalb der Nierengefäfse in spitzem Winkel in das Nierenbecken einmündte. Das oberste Stück des Ureters war so fest mit der Nierenbeckenwand verwachsen, dafs die Feststellung des Ureterverlaufes sich sehr schwierig gestaltete. Von der inneren Seite des Sackes aus fand man, dafs die Mündung sehr eng und dabei oben abgeflacht war, während sie unten eine ziemlich stark vorspringende, scharfrandige, klappenartige Falte aufwies, welche den Einblick in die Mündung fast vollkommen verlegte und jedenfalls bei stärkerer Füllung des Nierenbeckens wie ein Klappenventil wirkte. Die Klappe wurde incidiert und durch Naht der Ränder ein breiter Eingang in den Ureter geschaffen. Hierauf wurde der Sack möglichst ausgiebig isoliert, die Wand in mehrere Falten zusammengelegt und durch Nähte soweit als möglich verkleinert; vor allem wurde der untere Fortsatz vollkommen eingestülpt. Das Nierenbecken wurde nach aufsen drainiert, die Wunde geschlossen. In raschem Ablauf glatte Heilung. — Für die Ätiologie konnte man in diesem Falle bei dem Fehlen aller anderen Momente nur die eigenartige, hochgelegene, unter einem spitzen Winkel stattfindende Einmündung des Ureters und den klappenartigen Abschlufs an der Einmündung verantwortlich machen, Anomalien, die, wenn auch nicht auf eine Mifsbildung, so doch mindestens auf eine kongenitale Anlage zurückzuführen sein dürften. Jesionek-München.

Renal decapsulation versus nephrotomy, resection of the kidney and nephrectomy. Von Edebohls. (Brit. Med. Journ. Nov. 8, 1902.)

E. glaubt, dafs die Ablösung und Entfernung der Nierenkapsel in vielen Fällen die Nephro- respektive die Nephrektomie zu ersetzen vermöge. Diese Operation hat den Vorteil, dafs die Niere erhalten bleibt, dafs die Blutung eine minimale, die Heilung per primam möglich ist. Die Technik der Operation ist sehr einfach: Nach Blofslegung der Fettkapsel wird dieselbe gespalten, die Niere aus ihr herausgelöst und, wenn möglich, in die Wunde vorgezogen. Hierauf wird die Capsula propria über einer Hohlsonde an der Konvexität der Länge nach durchtrennt und nach beiden Seiten zu bis zum Nierenbecken zurückgestreift und entfernt. Hierauf wird die Niere wieder in die Fettkapsel eingebettet und die Wunde geschlossen. In vielen Fällen, wo gleichzeitig Wanderniere besteht, erweist es sich als vorteilhaft, die Dekapsulation mit der Nephropexie zu verbinden.

E. berichtet nun über folgende Fälle: 1. 39jährige Frau mit akuter Pyelonephritis und Morbus Brightii. Rechtsseitige Nephrotomie brachte nur vorübergehende Besserung, weswegen nach $^1/_2$ Jahre die Dekapsulation vorgenommen wurde, worauf bedeutende Besserung eintrat.

2. 22jährige Frau mit akuter rechtsseitiger Pyelonephritis. Ablösung der Kapsel. Fixation der Niere. Nach der Operation verschwanden die Schmerzen und das Fieber; es blieb nur eine Pyurie geringen Grades zurück.

3. 68jährige Frau mit akuter hämorrhagischer Nephritis und urämischen Erscheinungen. Dekapsulation beider Nieren in einer Sitzung. Heilung. Kurze Zeit nachher zog sich die Kranke eine Pneumonie zu, welcher sie erlag. Bei der Sektion zeigten sich beide Nieren nahezu normal.

4. 33jährige Frau mit intermittierender Hydronephrose, Morbus Brightii und rechtsseitiger Wanderniere. Dekapsulation und Fixation der rechten Niere. Heilung.

5. 49jährige Frau mit intermittierender rechtsseitiger Hydronephrose, chronischer interstitieller Nephritis und Wanderniere. Dekapsulation und Fixation der rechten Niere. Kein wesentlicher Erfolg.

6. 36jährige Frau mit beiderseitiger Wanderniere, polykystischer Degeneration und chronischer diffuser Nephritis. Dekapsulation beider Nieren. Resultat wegen zu kurzer Zeit nicht feststellbar.

von Hofmann-Wien.

Des nephrectomies partielles. Von de Rouville und Soubeyran. (Arch. prov. de chir. No. 9—11. 1902.)

Nach einem kurzen historischen Überblick gehen die Verfasser auf die Berechtigung derartiger Eingriffe näher ein. Des weiteren werden die Heilungsverhältnisse bei Nierenwunden erörtert, die Indikationen und Kontraindikationen zu diesem Eingriffe besprochen und die Details dieser Operation geschildert. Zum Schlusse folgt ein Überblick über die bisher ausgeführten partiellen Nephrektomien.

Die Verfasser stellen folgende Schlufsfolgerungen auf:

1. Das doppelseitige Auftreten chirurgischer Nierenaffektionen stellt eine Kontraindikation gegen die totale Nephrektomie dar. Auch bei einseitigen Affektionen sollte man mit Hinsicht auf das ungewisse Schicksal der zweiten Niere konservative Operationen, wenn dieselben ausführbar sind, vorziehen.

2. Unter diesen konservativen Operationen nimmt die partielle Nephrektomie den ersten Rang ein. Pathologisch-physiologische Experimente, welche durch die klinische Erfahrung bestätigt wurden, haben die Berechtigung dieses Eingriffes erwiesen.

3. Die Conditio sine qua non für die partielle Nephrektomie besteht in dem ausschliefslichen Sitze der Affektion in einer Partie der Niere, während der Rest des Parenchyms normal, respektive aseptisch sein mufs.

4. Die Indikationen zur partiellen Nephrektomie sind verhältnismäsig selten und lassen sich in der Regel erst bei der direkten Untersuchung des erkrankten Organes stellen. Es können dies sein: die Mehrzahl der gutartigen Tumoren, seröse, Hydatiden- und paranephritische Kysten, perirenale Tumoren, tuberkulöse, Stein- und traumatische Affektionen der Niere, Urinfistein.

5. Die Operationstechnik ist einfach. Sie mufs je nach Sitz und Natur der Veränderungen jedesmal kleine Modifikationen erleiden.

von Hofmann-Wien.



Der Einflufs der Exstirpation einer Niere auf den Organismus. Von L. A. Soboleff. (Bolnitchnaia Gaz. Botkina 1902 [Vol. XIII, Nr. 20].)

Nach den Untersuchungen Verf.s führt die einseitige Nephrektomie oder die Ligatur eines Ureters oder einer Nierenarterie eine Hypertrophie des Herzens herbei. Diese Hypertrophie ist die Folge einer Nephritis, die zunächst eine parenchymatöse, später aber eine interstitielle (Glomerulonephritis) ist. Sie führt zu einer Hyperplasie der Muskelfasern des Herzens uud zu einer Vermehrung des Bindegewebes. Das Vorhandensein einer Nephritis nach der Operation wurde erwiesen durch die Veränderungen an der zurückgebliebenen Niere und durch die veränderte Beschaffenheit des Urins. Dreysel-Leipzig.

Über die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrektomie. Ein weiterer Beitrag zur Frage der Wundheilung in der Niere. Von Dr. Oskar Langemak (Rostock). (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 66. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Von grofsem praktischem Interesse ist die Beantwortung der Frage, ob man es wagen kann, nach Exstirpation der einen Niere auf die andere Niere einzuschneiden, und ob ein derartiger Eingriff in einer Sitzung zulässig erscheint.

Von den 55 Kaninchen, welche L. operierte, starben 41 Tiere, von welcher Zahl 12 Tiere abzuziehen sind, da sie an Komplikationen starben, die nicht der Operation zur Last gelegt werden können.

Von den restierenden 29 Tieren starben 7 infolge des Blutverlustes, 10 an Inanition, und zwar fanden sich bei 3 derselben gröfsere Konkremente im Nierenbecken, so dafs bei ihnen auch die mechanische Behinderung der Urinsekretion eine Rolle spielt; an Insufficienz der Niere starben 6 Tiere, und zwar gingen hiervon 3 Tiere zu Grunde infolge des durch die Gröfse des Infarktes entstandenen Parenchymverlustes und 3 Tiere infolge Behinderung des Harnabflusses; in dem einen dieser letzten drei Fälle war das ganze Nierenbecken mit Konkrementen ausgefüllt, in dem zweiten war der Ureter durch Konkremente völlig verschlossen, bei dem dritten Tiere fand sich ein das ganze Becken ausfüllendes Coagulum. Bei 5 anderen Tieren konnte keine Todesursache gefunden werden, und bei einem Tiere trat der Tod ein infolge einer Inkarzeration von Dünndarmschlingen in einem Spalt im Peritoneum, der bei der Operation entstanden war.

Die Arbeit ergiebt zweifellos, dafs die Mortalitätsziffer eine hohe, die Todesursache eine mannigfaltige ist, und dafs auch nach anfänglich gut überstandener Operation Folgezustände eintreten können, die das Leben gefährden oder dessen Fortbestehen unmöglich machen.

Auffallend ist nach der Nephrektomie die Häufigkeit der Steinbildung in der nephrotomierten Niere, die früher, schon nach $10^1/_2$ Tagen, in weit stärkerem Grade und in einem höherem Prozentsatz der Fälle, in 55,5%, eintrat, im Gegensatz zu den früheren Versuchen des Autors, bei welchen zwischen Nephrektomie und Nephrotomie eine gewisse Zeit lag.

Der Einschnitt in die Niere hatte in jedem Falle eine Infarktbildung zur Folge. Die Veränderungen, welche bei den vergleichenden Untersuchungen nach der Exstirpation der andern Niere sich an dem Infarkte fanden und die Unterschiede in dem Verhalten desselben in frühen sowohl wie in späteren Stadien, führt L. sämtlich auf die vermehrte Hyperämie zurück.

Die Versuche haben ergeben, dafs die mit der Nierenexstirpation kombinierte Nephrotomie als ein sehr schwerer Eingriff anzusehen ist, der beim Menschen um so schwerere Folgen hat, als es sich in den meisten Fällen um kranke Nieren handeln wird. Die Operation wird in vereinzelten Fällen statthaft sein, weil sie überlebt werden kann.

S. Jacoby-Berlin.

Pregnancy and labour following complete uretero-nephrectomy. Von Bovée. (Amer. gynaecol. Nr. 6, 1902.)

Im Anschlufs an 2 von Steinheil und von Schramm mitgeteilte Fälle berichtet B. über eine Patientin, welcher vor einem Jahre wegen Pyonephrose, Nierensteine und miliärer Abscesse die eine Niere mit dem Ureter entfernt worden war. Bald nach der Operation wurde die Patientin gravid, und nach Ablauf der normalen Zeit gebar sie ein lebendes Kind von 5500 Gramm. Das Wochenbett verlief mit Ausnahme einer vorübergehenden Temperatursteigerung (39 ^{0}), verbunden mit Schmerzen in der linken Uretergegend, normal.

von Hofmann-Wien.

Tuberculosis of the urinary tract. Von E. Garceau. (Boston Med. and Surg. Journ. 1902, 3. Juli.)

Unter 415 von G. beobachteten Fällen von Nierentuberkulose kam es bei 122 zum Exitus. 266 der Fälle betrafen Weiber; Nephrektomie wurde 257 mal ausgeführt. Bei Männern verläuft die Tuberkulose nicht selten latent. Die Mehrzahl der Kranken befand sich zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre.

Die Miliartuberkulose der Niere fand sich häufiger als die käsige Form. Bei den 415 Fällen waren 54 mal noch andere Organe und 37 mal die Lungen mitbeteiligt. Eine Infektion der Niere durch die Urethra ist beim Weibe selten; beim Manne besteht aber eine enge Beziehung zwischen der Tuberkulose der Harn- und der der Sexualorgane. Eine Blasentuberkulose findet sich bei Männern häufiger als bei Frauen, ebenso erkrankt auch die Niere primär bei Männern öfter als bei Frauen.

Dreysel-Leipzig.

Recherches expérimentales sur la tuberculose génito-urinaire, surtout sur la tuberculose du rein. Von Hansen. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 1.)

Verf. hat zahlreiche Tierversuche an Kaninchen angestellt, um die Pathogenese der Nierentuberkulose und ihre Beziehung zur Tuberkulose der andern Organe des Urogenitaltraktus zu studieren. Interessant ist vor allem die Frage, ob bei der descendierenden Urogenitaltuberkulose

die Infektion der tiefer gelegenen Teile auf hämatogenem Wege stattfindet oder durch direkte Infektion von den Harnwegen her. Verfasser glaubt das letztere. Nach Infektion der Niere zeigten sich meist bald Bazillen im Urin, und stets folgten sekundäre Erkrankungen an andern Teilen der Urogenitalorgane, während ein solches Resultat nie erhalten wurde bei subkutaner Injektion einer Reinkultur oder bei Injektion in die Trachea oder in die unterbundenen Ureteren. Andererseits entsteht bei Infektion der Blase mit Ligatur der Urethra eine starke Genitaltuberkulose, während bei Infektion der Nieren mit Ligatur der Ureteren keine Genitaltuberkulose entsteht. Von den Genitalorganen erkrankten am leichtesten die dem Harntraktus zunächst gelegenen Teile, sehr oft der Utriculus prostaticus, seltener die Prostata selbst, am seltensten die Testikel. Die Veränderungen traten zuerst im subepithelialen Gewebe der Schleimhäute auf, später erst in den tieferen Schichten, die Bazillen fanden sich auf der Oberfläche des Epithels, in und zwischen den Zellen, spärlicher in den tieferen Schichten. Eine hämatogene Infektion der Blase durch subkutane Injektion von Reinkulturen bei gleichzeitiger Verletzung der Blasenschleimhaut hat nicht zur Blasentuberkulose geführt, wohl dagegen direkte Inokulation der Bazillen auf die Blasenschleimhaut. Noch verschiedene andere Punkte werden angeführt zum Beweise dafür, dafs die Infektion von den Harnwegen aus direkt die Schleimhäute befällt, dafs dagegen nicht die hämatogene Infektion die Hauptrolle spielt. Eine Nierentuberkulose konnte nie durch Tuberkulose der unteren Harnwege erzeugt werden, nur einmal durch Infektion eines Ureters bei gleichzeitiger Ligatur desselben. Schlodtmann-Berlin.

Sarcome du rein. Von H. Petit. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 548.)

Es handelt sich um ein 2faustgrofses, vom Hilus der r. Niere ausgehendes Sarko-Rhabdomyom, das durch Laparotomie bei einem 20 Monate alten Mädchen gewonnen wurde. Das Kind überstand die Operation gut; doch sind jetzt, 2 Monate später, anscheinend Metastasen im Abdomen aufgetreten. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Malignant adenoma of kidney. Von Malcolm. (Brit. Med. Journ. Nov. 1, 1902.)

M. stellte in der Clin. Soc. of London ein 11jähriges Mädchen vor, welchem vor 10 Jahren die rechte Niere wegen malignen Adenoms entfernt worden war. Die Patientin befindet sich wohl und soll nur etwas blässer sein, als ihre Geschwister. von Hofmann-Wien.

2. Erkrankungen der Harnröhre und des Penis.

Zur unblutigen Phimosendehnung. Von Graeser. (Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 44.)

G. empfiehlt das Verfahren, über welches Oolipski in Nr. 35 der Münch. Med. Wochenschr. berichtet hat. Er bedient sich gewöhnlicher

Kornzangen; die Vorhaut wird anfänglich zweimal täglich je einige Minuten nach allen Richtungen gedehnt, und daran anschliefsend werden Versuche gemacht, die Vorhaut zurückzuziehen; intelligente Patienten werden unterrichtet, die Dehnung eigenhändig vorzunehmen.

Jesionek.

Du rétrécissement blennorrhagique de la portion membraneuse de l'urèthre. Von Bazy und Decloux. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 4.)

Man nimmt meist an, dafs gonorrhoische Strikturen in der Pars membranacea nicht vorkommen, dafs vielmehr die hier sitzenden Strikturen stets traumatischen Ursprungs sind. Verf. glaubt diesen Satz auf Grund eines Falles, der zur Autopsie kam und in welchem genaue histologische Untersuchungen angestellt wurden, einschränken zu müssen. Danach kann auch die Pars membranacea Sitz einer gonorrhoischen Striktur sein, allerdings ist dann diese Striktur nur die Fortsetzung einer weiter vorn, besonders einer im Bulbus sitzenden Striktur, wo sie das Maximum ihrer Entwicklung zu erreichen pflegt. Abbildungen der histologischen Schnitte sind angefügt. Schlodtmann-Berlin.

Das Sektionspräparat einer impermeablen Striktur der Harnröhre mit einer frischen Fausse route zeigte Rosenstein in der Berl. med. Ges. am 3./XII. 02. (Berl. klin. Wochenschr. 1902, Nr. 51.)

Der 47 jähr. Patient war in urämischem Zustande ins Krankenhaus gebracht worden, nachdem auswärts der Versuch gemacht worden war, die prall gefüllte Blase mit dem Katheter und, als dies nicht gelang, durch die Punktion zu entleeren; auch diese gelang nicht. Vortr. legte deshalb eine suprapubische Fistel an, durch welche der Urin abflofs; der Patient ging aber nach 24 Stunden zu Grunde. Die Sektion ergab eine ziemlich starke beiderseitige Hydronephrose, erhebliche Erweiterung der Ureteren, hochgradige Dilatation der Blase und kolossale Verdickung der Blasenmuskulatur. Die Pars membranacea zeigt die für eine dünne Sonde durchgängige Striktur; an der linken Seite derselben befindet sich eine Öffnung, die durch das periurethrale Gewebe in einen Tunnel unter der Harnröhre führt und rechts, im zerfetzten Gewebe endet; dieselbe stellt die durch den Katheter hervorgebrachte Fausse route dar.

Paul Cohn-Berlin.

Filière à lecture rapide. Von Gourdet. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 4.)

Eine Metallplatte trägt mehrere spaltartige Einschnitte, die sich nach unten zu verjüngen. Längs dieser Spalte giebt eine Gradeinteilung die Nummern der Charrièreschen Skala jedesmal an denjenigen Stellen an, wo der Spalt den Durchmesser der entsprechenden Nummern besitzt. Das Messen der Instrumente macht sich mittels dieser Filière sehr rasch und einfach. Schlodtmann-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage des Antagonismus zwischen Bacterium coli und den Harnstoff zersetzenden Bakterien.

Von

Kurt Forcart.

Bis vor wenigen Jahren war die Ansicht, dafs das Bacterium coli die Ursache der Cystitis sei, fast von allen Autoren vertreten. Morelle und Denys sahen den Bacillus lactis aërogenes dafür an; Clado fand als Ursache der Cystitis das bactérie pyogène, Krogius das Bacterium coli commune. Die drei letzten Arten haben sich später als identisch herausgestellt. Bei fast allen Cystitiden wurde das Bact. coli gefunden, und wenn auch noch andere Bakterien daneben beobachtet wurden, so sah man diese nur als nebensächliche Begleiter des ersteren an.

Dieser allgemeinen Ansicht trat nun Rovsing gegenüber, indem er die harnstoffzersetzenden Bakterien als Hauptursache der Cystitis hinstellte, das Bacterium coli aber, wenn es auch in gröfserer Menge vorhanden war, als einen für die Blase ganz unschädlichen Mikroorganismus betrachtete. Ja er ging noch weiter, indem er behauptete, dafs bei den Kokkencystitiden das Bacterium coli geradezu von günstigem Einflufs sei, indem es die Kokken durch sein starkes Wachstum zu Grunde richte und so die Cystitis zur Heilung bringen könne.

Die Richtigkeit seiner Behauptung sucht Rovsing durch klinische Beobachtungen, durch Tier- und Reagenzglasversuche zu beweisen.

In seiner Arbeit von 1890[1] bringt er den bakteriologischen Befund von 30 selbst untersuchten Fällen. Bei allen diesen Fällen nun, mit Ausnahme von drei Tuberkelbazillen-Cystitiden und einem Falle, der sich später als nicht hierher gehörig herausstellte, fand Rovsing alkalischen Urin und die Anwesenheit von Kokken oder Kokkobazillen, welche gewöhnlich in Reinkultur vorhanden waren. Die Anwesenheit von Bacterium coli wird in keinem einzigen Falle

erwähnt. In seinem Werke von 1898[2] ist von Fällen die Rede, wo der Urin alkalisch ist, mikroskopisch ein Gewimmel von Bacterium coli enthält und erst bei Färbung nach Gram und genauer Untersuchung wenig harnstoffzersetzende Bakterien aufweist. Vier Fälle werden angegeben, wo trotz Anwesenheit von Bact. coli keine Cystitis entsteht, sondern lange Zeit Bakteriurie vorhanden ist. Bei allen entsteht erst Cystitis, nachdem Instrumente in die Vesica eingeführt worden sind. Bei allen wird die Cystitis durch Lapisinjektionen geheilt, der Urin jedoch enthält noch ein Gewimmel von Bacterium coli, wie vor dem Eintritt der Cystitis.

Einen andern Beweis geben Fälle von Coli-Bakteriurie und Pyelitis, welche viele Jahre gedauert haben, selbst bei Prostatikern mit Retention, ohne dafs die Blase beschädigt worden wäre, während andererseits eine primäre, durch urinstoffzersetzende Mikroben verursachte Pyelitis konstant mit einer ammoniakalischen Cystitis kompliziert ist.

Bei seinen Tierversuchen findet Rovsing, dafs die Injektion von Kolonbazillen aus gesundem Darm in die Ohrvene keinen Übergang von Bakterien in den Harn zur Folge habe.

Bei den gleichen Versuchen mit Bacterium coli aus dem Darm kranker Menschen fallen die Resultate sehr verschieden aus: bald treten gar keine, bald nur leichte, bald schwere Symptome auf. Bei den gleichen Versuchen mit harnstoffzersetzenden Mikroben hingegen entsteht jedesmal eine heftige Pyelitis und Pyelonephritis.

Hören wir nun die Ansichten anderer Autoren!

Albarran und Hallé[3] untersuchten 50 Fälle und trafen 45 mal denselben Bacillus an, welcher oft in sehr grofser Menge vorkam. 15 mal fand er sich in Reinkultur, im übrigen war er mit Kokken vermischt. Der Bacillus, von ihnen bactérie pyogène genannt, stellte sich später als identisch mit dem Bacterium coli commune heraus.

Morelle[4] fand bei 17 untersuchten Cystitiden 13 mal denselben Bacillus, davon 6 mal in Reinkultur. Dieser Bacillus zersetzt den Harnstoff nicht, die Gelatine wird durch ihn nicht verflüssigt, er weist eine ziemlich starke Gasentwicklung auf; bei Tierversuchen erweist er sich als sehr pathogen. Er wird von Morelle als Bacterium lactis aërogenes von Escherich erkannt, welcher sich gewöhnlich im Darm von Säuglingen vorfindet. Im übrigen fand Morelle noch zweimal Staphyolococcus pyogenes aureus und fünfmal Streptococcus pyogenes, daneben noch einige andere unwichtigere Mikroben.

Krogius[5] untersuchte 22 Fälle von Cystitis, Pyelitis und Pyelonephritis und fand in fast allen Fällen eine einzige Bazillenart, welche gewöhnlich in Reinkultur vorkam. Von 16 Kranken, deren Urin diesen Bacillus enthielt, litten fünf an einfacher Cystitis, sieben an Pyelonephritis; in den übrigen Fällen bestand Bakteriurie. Der Urin, welcher diesen Bacillus enthielt, war sauer. Die Versuche, welche Krogius mit diesem Bacillus vornimmt, zeigen, dafs er identisch ist mit dem Bacterium coli commune von Escherich.

Denys[6] untersuchte 25 Cystitiden und fand 17 mal denselben Bacillus, welcher einmal mit Staphylococcus aureus und einmal mit Streptococcus pyogenes vereint sich vorfand. Bei den alkalischen Cystitiden wurde von ihm konstant Staphylococcus pyogenes aureus gefunden. Bei der Bestimmung des Bacillus fand Denys, dafs es nicht das Bact. coli commune sei, sondern findet wie Morelle den Bacillus lactis aërogenes und nimmt diesen als gewöhnliche Ursache der Cystitis an.

Melchior[7] führt in seinem Werke von 1895 35 Fälle von Cystitis an und findet bei der bakteriologischen Untersuchung derselben 24 mal das Bacterium coli commune, wovon 17 mal in Reinkultur. Daneben findet er noch acht verschiedene Mikroorganismen, die aber nur in geringer Anzahl und selten in Reinkultur auftreten.

Von Maxwell und Clark[8] wird der bakteriologische Befund von acht Cystitisfällen angegeben. In den meisten Fällen ist das Bacterium coli und ein harnstoffzersetzendes Bacterium vorhanden. Im späteren Verlauf der Cystitis nimmt die Menge des Bacterium coli gewöhnlich zu, ohne dafs jedoch die andern vollständig untergehen. Bei allen ist der Urin alkalisch. In zwei Fällen wird nur Bacterium coli gefunden; trotzdem ist der Urin alkalisch, ein Zeichen, dafs doch harnstoffzersetzende Bakterien vorhanden sein mufsten.

C. F. Bloch[9] spricht in seiner Arbeit von 4 Fällen von Cystitis. In 3 Fällen ist der Urin alkalisch. Bei Fall 3 ist der Urin anfangs sauer, wird aber, steril entnommen, nach 24 Stunden alkalisch. Bei den drei ersten Fällen werden gefunden: 1. bewegliche Stäbchen, die sich nach Gram entfärben; 2. Kokken, die sich nach Gram färben. Im 4. Falle werden dazu noch Gonokokken gefunden. Über die Befunde im weiteren Verlauf ist leider nichts angegeben. Nur im letzten Falle wird berichtet, dafs 19 Tage nach einer Einspritzung von Sol. argent. nitr. keine Bakterien mehr im Urin gefunden wurden. Interessant ist hier noch die Bemerkung, dafs in den drei ersten Fällen im Deckglaspräparat Colibazillen und

Kokken gefunden wurden, bei den Streuungsversuchen aber nur Bacterium coli nachgewiesen werden konnte, ein Zeichen, dafs diese Methode nicht immer mafsgebend ist.

Was nun die klinischen Angaben betrifft, welche ich hier beifüge, so bin ich in der Lage, einige Krankengeschichten aus der Klinik von Herrn Prof. Dr. Emil Burckhardt mitzuteilen. Die bakteriologischen Untersuchungen der Fälle wurden seit mehreren Jahren von Herrn Dr. Fritz Suter vorgenommen. Und zwar wurde hierbei weniger Rücksicht genommen auf das Vorkommen der verschiedenen Bakterien im Urin, als speziell auf das Verhalten des Bacterium coli zu den harnstoffzersetzenden Bakterien. Ich wählte also 9 Fälle aus, bei welchen diese 2 Arten von Mikroorganismen gefunden worden waren. Es ist vielleicht von Interesse, die Resultate der Untersuchungen zu vernehmen.

1. Sch. M., 62 Jahre, Kaufmann. Pat. leidet seit 8 Jahren an Blasenstein und seit 7 Monaten an einer Blasenentzündung. 6. Juni: Eintritt in die Klinik. Cystoskopie: drüsiger, grauweifser Stein von $2^1/_2$ cm Durchmesser. Schleimhaut rot, gelockert, stellenweise mit Schleimauflagerungen bedeckt. Urin (frisch gelassen): sauer, getrübt, mit Eiterfetzchen. Mikroskopische Untersuchung: nach Gram färbbare, einzelne Kokken: Staphylococcus aureus. Agarstrich: nach 2 Tagen vereinzelte, üppige, wächsige, gelbe Kulturen. Bouillon: nach 2 Tagen diffuse Trübung, wenig Depot. Gelatineplatte: nach 3 Tagen Verflüssigung. Steriler, saurer Urin (mit der Agarkultur geimpft): nach 2 Tagen alkalisch.

7. Juni. Litholapaxie und in den nächsten Tagen Entfernung einiger Splitter; Dauerkatheter.

14. Juni. Urin (steril entnommen): sauer. Mikroskopische Untersuchung: 1. Staphylococcus aureus; 2. kurze, bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbchen: Bacterium coli commune.

16. Juni. Urin (steril entnommen): schwach alkalisch. Mikroskopische Untersuchung: massenhaft Colibazillen, spärliche, nach Gram färbbare Staphylokokken.

22. Juni. Urin sauer. Mikroskopische Untersuchung: massenhaft Stäbchen, nur noch vereinzelte Staphylokokken. Gelatineplatte wird nicht verflüssigt. Steriler Urin (mit dem Stammurin geimpft): nach 2 Tagen alkalisch.

Pat. verläfst nach einigen Tagen die Klinik, so dafs die Untersuchungen nicht mehr weitergeführt werden können.

2. K. P., 53 Jahre.

Vor 26. Jahren Gonorrhoe, welche eine Striktur hinterliefs. Seit 10—15 Jahren schlechter Strahl. Seit 1 Jahre entleert sich der Urin nur noch träufelnd. Bei einem Katheterisationsversuch wurde starke Blutung erzeugt. Vor 1 Jahre starke Schwellung des Hodensackes und Dammes, Bildung von Abscessen und später von Urinfisteln.

Status praesens: Kräftiger Mann. Penis ödematös, geschwollen, Scrotum zweifaustgrofs, von furchigen Narben durchzogen. Beim Urinieren entleert sich

trüber Harn tropfenweise aus Meatus und 3 Fisteln. 13 cm vom Orificium eine impermeable Striktur.

27. Mai 01. Urin leicht getrübt, alkalisch. Mikroskopische Untersuchung: viele Leukocyten, nach Gram färbbare Staphylokokken.

28. Mai. Urethrotomia externa. Nachher Verweilkatheter.

31. Mai. Urin (steril entnommen) alkalisch. Mikroskopische Untersuchung: 1. Staphylokokken; 2. bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbchen.

21. Juni. Urin (steril entnommen) sauer. Mikroskopische Untersuchung: Leukocyten, massenhaft Stäbchen. Nach Gram färbt sich nichts. Urin (mit dem Stammurin geimpft) bleibt sauer. Agarkultur zeigt typische Colikulturen. Gelatineplatte wird nicht verflüssigt.

Da das Resultat der Urethrotomie ein gutes ist, so dafs jetzt die Sonde Nr. 30 leicht eingeführt werden kann, verläfst Pat., der weiter keine Beschwerden mehr hat, nach einigen Tagen die Klinik.

3. H. M., 62 Jahre.

Vor 30 Jahren traten die Symptome einer postgonorrhoischen Striktur auf. Früher wurde Pat. längere Zeit bougiert, seit 3 Jahren aber nicht mehr behandelt. Jetzige Beschwerden: Brennen beim Wasserlassen, trüber Urin; bilaterale Prostatahypertrophie.

28. Febr. 02. Eintritt in die Klinik. Urin alkalisch, stark getrübt. Mikroskopische Untersuchung: spärliche nach Gram färbbare Staphylokokken. Therapie: Borspülungen, Sondierungen Urotropin.

5. März. Urin (steril entnommen): alkalisch, mit dickem Eiterdepot. Mikroskopische Untersuchung: massenhaft nach Gram färbbare zu zweien und in Haufen liegende Kokken.

Bouillon nach 2 Tagen getrübt, weist nach Gram färbbare Diplo- und Staphylokokken auf. Agarstrich: langsam wachsende, spärliche, weifsliche Kulturen.

Gelatinestrich wird verflüssigt. Pat. wird täglich bougiert und gespült.

13. März. Urin: sauer, mit eitrigem Depot. Bouillon nach 2 Tagen stark getrübt, enthält nach Gram färbbare Staphylokokken. Agarstrich zeigt dieselben Kulturen wie oben. Gelatinestich wird verflüssigt. Urin nach 2 Tagen alkalisch.

Hierauf Vornahme der Bottinischen Operation und längere Zeit Verweilkatheter.

13. April. Urin sauer, getrübt, mit starkem Depot. Mikroskopische Untersuchung: Leukocyten und nach Gram färbbare Staphylokokken. Agarstrich: üppige, graue Kultur. Mikroskopische Untersuchung: 1. Staphylokokken, 2. bewegliche Stäbchen, die sich nach Gram rot färben. Urin (mit dem Stammurin geimpft): Nach 2 Tagen alkalisch. Da immer noch starke Retention besteht, wird hier und da wieder ein Verweilkatheter eingeführt.

26. April. Urin stark opaleszierend, sauer. Mikroskopische Untersuchung: Colibazillen in mäfsiger Menge. Nach Gram färbt sich nichts mehr. Urin (mit dem Stammurin geimpft) bleibt sauer. Milch gerinnt. Agarstrich: graue, üppige, oberflächliche Kulturen, welche mikroskopisch nur aus Colibazillen bestehen; nach Gram färbt sich nichts. Gelatineplatte: typische Colikulturen, keine Verflüssigung.



4. Sch. E., 64 Jahre.

Seit 10 Jahren Beschwerden beim Urinieren, welche in letzter Zeit stark zugenommen haben. Miktionen: nachts stündlich, tags 1—2stündlich.

5. September. Eintritt in die Klinik.

Cystoskopie: Trabekelblase, Schleimhaut stark gerötet. Beide Prostatalappen stark vorspringend. Urin wird bei starkem Druck nur tropfenweise entleert, ist trübe, alkalisch. Mikroskopische Untersuchung: nach Gram färbbare Kokken in Reihen und Haufen. Bouillon stark getrübt. Agarstrich: gelbe Kulturen. Gelatineplatte: Staphylococcus aureus in Reinkultur. Urin (mit Stammurin geimpft) wird rasch alkalisch.

Vorläufige Behandlung: Blasenspülungen mit Bor- und Argent. nitr.-Lösung, Urotropin, nachts immer Verweilkatheter.

17. September. Urin opaleszierend, leicht hämorrhagisch. Mikroskopische Untersuchung: rote Blutkörperchen, spärliche Leukocyten, keine Bakterien. Agarstrich: es wächst nichts. Bouillon: bleibt klar.

17. September. Bottinische Operation, nachher Verweilkatheter.

1. Oktober. Urin: neutral, leicht opaleszent. Mikroskopische Untersuchung: nach Gram färbbare Staphylokokken. Bouillon: nach 2 Tagen diffus getrübt, mit Bodensatz. Mikroskopische Untersuchung: 1. nach Gram färbbare Kokken in Haufen und kurzen Ketten; 2. spärliche bewegliche Stäbchen, welche sich nach Gram nicht färben: Bacterium coli.

Agarstrich: üppige, graue Kulturen. Gelatinestich: rasche Verflüssigung. Gelatineplatte: typische Colikulturen. Daneben auch vereinzelte Kulturen, welche mikroskopisch aus nach Gram färbbaren Kokken bestehen.

17. Oktober. Verweilkatheter wird weggelassen. Residualharn=0.

24. Oktober. Cystoskopie: Schleimhaut gerötet, stellenweise mit weifsem Belag. Urin (steril entnommen): alkalisch, diffus getrübt. Mikroskopische Untersuchung: Leukocyten und massenhaft nach Gram Kokken. Keine Colibazillen. Bouillon: nach 2 Tagen diffus getrübt, mit geringem Bodensatz. Mikroskopische Untersuchung: 1. Gramkokken; 2. Colibazillen. Agarstrich: graue Kulturen. Mikroskopische Untersuchung: 1. Gramkokken; 2. Colibazillen. Urin (mit Stammurin geimpft) wird alkalisch.

9. November. Cystoskopie: Schleimhaut blafs, nur noch wenig Belag.

14. Dezember. Cystoskopie: Befund wie oben. Urin (steril entnommen) sauer, opaleszent. Mikroskopische Untersuchung: spärliche Eiterzellen, bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbe. Nach Gram färbt sich nichts. Gelatine wird nicht verflüssigt. Urin bleibt sauer.

15. Februar. Cystoskopie: Blasenschleimhaut blafs, mit zarten Gefäfsen. Urin: sauer und bleibt auch nach langem Stehen sauer. Mikroskopische Untersuchung: Colibazillen. Nach Gram färbt sich nichts. Agarstrich ergiebt eine Coli-Reinkultur.

5. G. F., 56 Jahre.

In den letzten 2 Jahren sind 6 mal Blasenblutungen aufgetreten. Seit 5 Wochen beständiger Blutausflufs. Beim Wasserlassen Brennen in der Harnröhre. Urin getrübt.

8. Juli 01. Eintritt in die Klinik.

9. Juli. Cystoskopie: Schleimhaut unverändert, auf der linken Seite des Blasenfundus ein nufsgrofses Papillom.

29. Juni. Mikroskopische Untersuchung des Urins: rote und weifse Blutkörperchen. Keine Bakterien. Impfung auf Bouillon und Agar bleibt erfolglos.

10. Juli. Sectio alta, Entfernung des Papilloms. In den nächsten Tagen Verweilkatheter, Blasenspülungen, Urotropin.

23. Juli. Wunde geschlossen. Vermehrte Miktionen. Urin: sauer, leicht opaleszierend.

30. Juli. Urin stark alkalisch, getrübt, mit starkem Bodensatz. Mikroskopische Untersuchung: 1. bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbchen: Bacterium coli; 2. nach Gram färbbare Staphylokokken. Gelatinestich wird verflüssigt. Urin (mit dem Stammurin geimpft) wird alkalisch.

9. August. Vermehrter Harndrang, sonst Wohlbefinden. Urin sauer, diffus getrübt. Mikroskopische Untersuchung: massenhaft bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbchen. Nach Gram färbt sich nichts. Urin (mit dem Stammurin geimpft) bleibt sauer. Agarstrich ergiebt Coli-Reinkultur. Gelatine wird nicht verflüssigt. Cystoskopie: Schleimhaut etwas verdickt und gerötet.

14. August. Die Urinuntersuchung ergiebt dasselbe Resultat.

6. L. L., 50 Jahre.

Seit 1 Jahre Beschwerden beim Wasserlassen, vermehrter Drang, Brennen in der Harnröhre.

17. Juni. Cystoskopie: Schleimhaut gerötet, gelockert, ferner Calculus vesicae.

19. Juni. Eintritt in die Klinik. Urin sauer, stark getrübt. Mikroskopische Untersuchung: zahlreiche, nach Gram färbbare Staphylokokken, Bouillon wird stark getrübt. Urin (mit Stammurin geimpft) wird alkalisch. Gelatine wird verflüssigt. — Urotropin.

20. Juni. Litholapaxie. In den folgenden Tagen Entfernung einiger Splitter. Blasenspülungen.

4. Juli. Cystoskopie: Schleimhaut gerötet und gelockert. Täglich Blasenspülungen.

25. Juli. Urin sauer. Mikroskopische Untersuchung: Leukocyten, massenhaft kurze, bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbchen. Nach Gram färbt sich nichts. Urin (mit Stammurin geimpft) wird alkalisch. Bouillon nach zwei Tagen getrübt. Es können nur Collibazillen nachgewiesen werden. Agarstrich: graue Kulturen. Mikroskopische Untersuchung: 1. massenhaft Colibazillen, 2. vereinzelte, nach Gram färbbare Kurzstäbe. Urotropin.

31. August. Urin kristallhell. Mikroskopisch sind keine Bakterien nachweisbar.

14. September. Cystoskopie: normale Schleimhaut.

7. M. J., 60 Jahre.

Seit 4 Jahren vermehrter Harndrang und Abnehmen des Strahles. Seit 3 Wochen Blasenkatarrh, trübes Wasser, Schmerzen beim Urinieren.

14. November. Eintritt in die Klinik. Prostata apfelgross, teigig, stark vorspringend. Residualharn 380. Urin sauer, diffus getrübt. Mikroskopische Untersuchung: bewegliche Stäbchen, die sich nach Gram entfärben. Nach Gram



färbt sich nichts. Agarstrich: es wächst eine Coli-Reinkultur. Urin (mit Stammurin geimpft) diffus getrübt, bleibt sauer. — Spaltung des Meatus externus. — Blasenspülung, Urotropin.

18. November. Zustand bedeutend besser, Urin wird im Strahl entleert.

22. November. Plötzlich heftige cystitische Beschwerden. Glans gerötet. die Stichstellen stark belegt.

23. November. Urin (steril entnommen) sauer. Mikroskopische Untersuchung: Leukocyten, nach Gram färbbare Staphylokokken. Milch koaguliert nicht. Urin (mit Stammurin geimpft) wird alkalisch. Von den früher nachgewiesenen Colibazillen ist keine Spur mehr zu sehen.

5. Dezember. Allgemeinzustand schlecht. Pat. fiebert stark. Urin alkalisch, stinkend. Mikroskopische Untersuchung: Staphylokokken. Agarstrich: gelbe Kulturen. Urin (mit Stammurin geimpft) alkalisch. Gelatine wird verflüssigt. Blasenspülung. Urotropin.

16. Dezember. Exitus.

8. Sch. E., 29 Jahre.

Seit 1 Jahre ambulatorisch wegen Cystitis behandelt. Befinden war in letzter Zeit ein gutes, bis am 8. Oktober wieder Verschlimmerung eintrat. Es besteht vermehrter Harndrang. Cystitis zweifelhaften Ursprungs.

10. Oktober. Cystoskopie: Schleimhaut gerötet, mit stellenweiser Auflagerung von Schleim. Urin alkalisch. Mikroskopische Untersuchung: 1. nach Gram färbbare Staphylokokken; 2. nach Gram nicht färbbare, bewegliche Stäbchen: Bacterium coli. Blasenspülungen mit Bor- und Arg. nitr.-Lösung. Urotropin.

18. Oktober. Urin sauer. Mikroskopische Untersuchung: 1. massenhaft Colibazillen; 2. vereinzelte, nach Gram färbbare Diplokokken. Die früher vorhandenen Staphylokokken sind nicht mehr nachweisbar. Urin (mit Stammurin geimpft) bleibt sauer.

26. Oktober. Urin sauer. Mikroskopische Untersuchung: es werden nur Colibazillen gefunden. Agarstrichkultur: 1. massenhaft Colibazillen; 2. ganz vereinzelte, nach Gram färbbare Diplokokken. Die folgenden Urinuntersuchungen am 26. Oktober, 2. November, 9. November, 21. November 1900, 4. Februar, 5. März, 23. Oktober 1901, am 28. Februar und am 10. März 1902 ergaben immer dasselbe Resultat: 1. ein Gewimmel von Colibazillen; 2. nach Gram färbbare Diplokokken. Letztere in so geringer Menge, dafs sie nicht im Urin direkt, sondern erst aus der Agarstrichkultur nachweisbar waren. Sie zersetzten den Harnstoff nicht, verflüssigten die Gelatine nicht.

Cystoskopie weist bis zuletzt Rötung und Lockerung der Blasenschleimhaut auf.

9. B. A., 77 Jahre.

Seit 1 Jahre wegen Cystitis und Prostatahypertrophie behandelt. Vor 9 Monaten wurde die Bottinische Operation ausgeführt.

8. Oktober. Eintritt in die Klinik. Vermehrter Harndrang. Urin trübe, alkalisch. Mikroskopische Untersuchung: 1. nach Gram färbbare Staphylokokken; 2. kurze bewegliche, nach Gram nicht färbbare Stäbchen: Bacterium coli. Behandlung: Blasenspülungen mit Borlösung. Instillationen von Arg. nitr. — Urotropin.

24. Oktober. Urin sauer. Mikroskopische Untersuchung: massenhaft Colibazillen. Nach Gram färbt sich nichts. Agarstrich: nur Collibazillen nachweisbar. — Wohlbefinden. Harndrang hat nachgelassen.

15. Januar 01. Wohlbefinden. Miktionen gehen leicht. Urin sauer, bleibt auch im Thermostat stehen gelassen sauer. Mikroskopische Untersuchung: 1. Bacterium coli; 2. nach Gram färbbare Dipplokokken, die den Harnstoff nicht zersetzen. Staphylokokken sind keine mehr nachweisbar. Derselbe Befund wird in den nächsten Untersuchungen wieder erhoben.

Drei Monate später geht Pat. an einer interkurrenten Krankheit zu Grunde.

Wie aus den angeführten Krankengeschichten ersichtlich, gehen, mit Ausnahme von 2 Fällen, die im Urin gefundenen harnstoffzersetzenden Kokken im Laufe der Behandlung unter, während das Bacterium coli bis zuletzt angetroffen wird. Und zwar ist dann das letztere entweder in Reinkultur vorhanden, oder, wie in Fall 6, 8 und 9 zusammen, mit neuhinzugetretenen Mikroorganismen.

Was den, bis zuletzt neben Bacterium coli nachweisbaren Bacillus von Nr. 6 anbetrifft, der sich nach Gram färbt, den Urinstoff zersetzt, die Gelatine nicht verflüssigt, dürfte er mit dem von E. Tano[10] beschriebenen Bacillus Nr. II übereinstimmen. Auch ein Diplococcus mit denselben Eigenschaften wie derjenige in Nr. 8 und 9, der sich nach Gram färbt, den Harnstoff nicht zersetzt, die Gelatine nicht verflüssigt, wird von Tano beschrieben und als Mikrococcus II c bezeichnet.

Im Widerspruch mit allen übrigen Untersuchungsresultaten stehen diejenigen der Krankengeschichte Nr. 7. Hier treten zu den zuerst gefundenen Colibazillen sekundär Staphylokokken hinzu, welche bis zuletzt bestehen bleiben, während in den späteren Untersuchungen von den Colibazillen keine Spur mehr zu finden ist.

Ein Grund für das Bestehenbleiben der Staphylokokken wäre darin zu suchen, dafs die erwähnte Infektion am Meatus eine Staphylokokkeninfektion gewesen ist, und dadurch bei der Behandlung immer wieder neue Keime in die Blase eingeführt worden sind.

Sehr auffallend aber ist es, dafs die Colibazillen, welche sonst jeder Behandlung trotzen, hier plötzlich spurlos verschwinden. Der Grund hierfür scheint nicht in der Behandlnng zu liegen, da dieselbe wie in allen übrigen Fällen in Blasenspülungen mit Bor- und Arg. nitr.-Lösung und innerlicher Verabreichung von Urotropin bestand. Möglicherweise könnte aber der langandauernde hohe Fieberzustand nachteilig auf das Wachstum der Colibazillen eingewirkt haben.

Mit Ausnahme dieses einen Falles berechtigen aber die obigen Untersuchungen zur Aufstellung des Satzes: Kommen in einer Blase harnstoffzersetzende Kokken und Colibazillen vor, so gehen erstere unter, während letztere bestehen bleiben. Um nun zu untersuchen, ob dieses Zugrundegehen der harnstoffzersetzenden Kokken bei Anwesenheit von Bacterium coli auf einem Antagonismus desselben zu den ersteren beruhe, nahm ich eine Reihe von Reagenzglasversuchen vor. Solche Versuche wurden schon früher von zwei Autoren ausgeführt. Die Resultate derselben stimmen jedoch in vielen Punkten nicht miteinander überein. Ich möchte deshalb in Kürze das aus der Litteratur Bekannte hier anführen. In seiner Arbeit von 1898 giebt Rovsing[2] das Resultat seiner während mehrerer Jahre ausgeführten Reagenzglasversuche an. Dieselben haben sich auf folgende Mikrobenformen erstreckt: 1. Protens Hauser, 2. Coccobacillus pyogenes ureae, 3. Bacillus pyocyaneus, 4. Bacillus longus ureae, 5. Staphylococcus pyogenes aureus, 6. Staphylococcus albus, 7. Streptococcus pyogenes ureae.

Diese wurden mit Bacterium coli zusammen entweder in sauern sterilen Urin, oder in Bouillon geimpft. Diese Mischkulturen wurden nun täglich untersucht, indem Mikroskopie der Mischung, Streuung und Impfung auf sterilen, sauern Urin vorgenommen wurde. Das Resultat der Versuche war, dafs die urinstoffzersetzenden Bacillusformen in kurzer Zeit eine grofse Übermacht über das Bacterium coli erhielten, obschon die Kulturen des letzteren nie vollständig ausstarben, sondern immer noch in geringer Menge nachzuweisen waren.

Die Staphylokokken und Streptokokken verhielten sich aber in entgegengesetzter Weise. Diese wurden schnell von den Colibazillen überwuchert, sodafs es schon nach zwölf Tagen schwierig war, dieselben nachzuweisen. Nach 8—14 Tagen waren sie vollständig untergegangen, sodafs bei Impfung auf sterilen, sauern Urin der Harnstoff nicht mehr zersetzt wurde.

Im Widerspruch mit diesen Resultaten stehen diejenigen von Melchior. Im wesentlichen werden die Rovsingschen Versuche von ihm wiederholt. Es werden 1. Bacillus pyocyaneus, 2. Staphylococcus aureus, 3. Diplococcus ureae liquefaciens, 4. Proteus Hauser, 5. harnstoffzersetzender Diplococcus, 6. harnstoffzersetzender Bacillus mit Bacterium coli zusammen in sterilen sauern Urin gebracht, und aus dieser Mischkultur nach einiger Zeit Gelatineplatten gegossen. Die Resultate Melchiors sind folgende:

1. Übereinstimmend mit Rovsing: ausgiebiges Wachstum von Bacillus pyocyaneus, schwaches Wachstum von Bacterium coli.

2. Im Gegensatz zu Rovsing: Bestehenbleiben von Staphylococcus aureus neben Bacterium coli.

3. Kein Wachstum von Diplococcus ureae liquefaciens, kein Wachstum von Bacterium coli.

4. Im Gegensatz zu Rovsing: schwaches Wachstum von Proteus Hauser, ausgiebiges Wachstum von Bacterium coli.

5. Kein Wachstum von harnstoffzersetzenden Diplokokken, schwaches Wachstum von Bacterium coli.

6. Kein Wachstum von harnstoffzersetzenden Bazillen, kein Wachstum von Bacterium coli.

Leider wird von Melchior die Zeitdauer zwischen Impfung und endgültiger Untersuchung der Mischkultur nicht angegeben, worauf es, wie ich weiter unten nachweisen werde, wesentlich ankommt. Ferner scheint mir der Nachweis der Mikroben ausschliefslich mitttels Plattengusses nicht völlig einwandsfrei; denn wie Rovsing und Bloch bemerken, und wie ich selbst bei meinen Versuchen beobachtet habe, können oft durch direkte Untersuchung der Mischung oder eines aus ihr hergestellten Agarstrichpräparates Mikroben noch nachgewiesen werden, welche bei einem Plattengufs, ihrer geringen Anzahl wegen, nicht jedesmal nachgewiesen werden können, da es bei der kolossalen Verdünnung, welche beim Plattengufs der Übersichtlichkeit halber genommen werden mufs, nicht sicher ist, ob eine Überimpfung dieser Mikroben stattfindet.

Was nun die eigenen Reagenzglasversuche anbetrifft, so kamen hier folgende Mikroben zur Verwendung: 1. Staphylococcus aureus, 2. Staphylococcus albus, 3. Staphylococcus citreus, 4. Proteus Hauser, 5. Streptococcus. Diese wurden je mit Bacterium coli zusammen in sterilen, sauern Urin gebracht und die Mischung während Monate von Zeit zu Zeit untersucht. Der zu den Untersuchungen gebrauchte Urin wurde jeweilen morgens in eine sterilisierte Flasche gelassen, welche sofort mit einem Wattepfropf verschlossen und nochmals sterilisiert wurde.

Von dieser Flasche wurde nun in sterile Reagenzgläschen abgefüllt und auch diese, nachdem sie mit einem Wattepfropf verschlossen worden, nochmals sterilisiert. Solcher Urin blieb, im Thermostat stehend, monatelang klar und sauer.

Die nun folgenden Aufzeichnungen meiner Versuche nehme ich in der Weise vor, dafs für jeden derselben ein Buchstabe gewählt



wird, welcher zugleich dem Reagenzgläschen mit der ersten Mischkultur entspricht. Bei der ersten Abimpfung wird dem Buchstaben eine römische, bei der Abimpfung von dieser noch eine arabische Zahl beigefügt. Die Stammmischung sei zum Beispiel A, die Abimpfung von dieser A I, die nächste Abimpfung von A ist A I 2. Eine Überimpfung von A I ist A II, die folgende A II 2 und so weiter.

Der Übersichtlichkeit halber wird die Seite in 2 Hälften geteilt: auf der linken werden die Befunde bei der Untersuchung des Urins und die Überimpfungen angegeben, auf der rechten die Beschreibungen der Gelatineplatten, der Stich- und Strichpräparate.

1. Versuch.

Bact. coli und Staph. aur.

A.

3.VI. Aus den beiden Agarreinkulturen von Bact. coli und Staph. aur. wird je 1 Öse auf sterilen sauern Urin gebracht.

4.VI. Urin leicht getrübt, sauer.

5.VI. Urin alkalisch, getrübt, mit ziemlich viel Bodensatz. Mikroskop. sind Bact. coli und Staph. aur. ungefähr in gleicher Menge wahrzunehmen. Plattengufs.

7.VI. Aus dem nunmehr alkalischen Urin wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin geimpft; vide A I.

9.VI. Plättengufs.

11.VI. In dem stark alkalischen Urin können neben Staph. aur. nur noch spärliche Colibazillen nachgewiesen werden. Gelatinestich.

20.VI. Mikroskopisch massenhaft Staph. und nur ganz vereinzelte Colibazillen nachweisbar. Plattengufs.

23.VI. Der Urin ist eingetrocknet.

5.VI. Plattengufs.

7.VI. Es sind typische Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

20.VI. Immer noch keine Verflüssigung. Nur Colikulturen vorhanden.

9.VI. Plattengufs.

12.VI. Es sind streusandähnliche gelbe Kulturen aufgegangen. Colikulturen sind nur ganz vereinzelt zu sehen.

20.VI. Es ist Verflüssigung eingetreten.

11.VI. Gelatinestich.

18.VI. Kugelförmige Einsenkung der Oberfläche.

20.VI. Deutliche Verflüssigung.

20.VI. Plattengufs.

26.VI. Auf der Platte ist nichts aufgegangen.

A I.

7.VI. Aus dem alkal. Urin A wird 1 Öse auf sterilen sauern Urin geimpft.

9.VI. Diffus getrübt. Beim Schütteln erhebt sich ein fadiger Bodensatz; alkalisch.

11.VI. Stark getrübt, mit flockigem Bodensatz, alkalisch. Plattengufs.

11.VI. Plattengufs.

13.VI. Typische Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

20.VI. Keine Verflüssigung.

30.VI. Es ist immer noch keine Verflüssigung aufgetreten.

20.VI. Urin alkalisch stark getrübt, starker Bodensatz. Mikroskop. scheinen Colibazillen und Staphylokokken ungefähr in gleicher Menge vorhanden zu sein. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide A II.	
25.VI. Im mikroskop. Präparat scheinen Colibazillen und Staphylokokken in gleicher Menge vorhanden.	
26.VI. Plattenguſs.	26.VI. Plattenguſs.
	30.VI. Es ist vollständige Verflüssigung eingetreten.
30.VI. Mikroskop. Befund derselbe Plattenguſs.	30.VI. Plattenguſs.
	1.VII. Es sind streusandähnliche gelbe Kulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.
3.VII. Der Urin ist eingetrocknet.	3 VII. Verflüssigung.

A II.

20.VI. Aus dem alkalischen Urin A I wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft.	
21.VI. Urin sauer, leicht getrübt, flockiger Bodensatz. Plattenguſs.	21 VI. Plattenguſs.
	23.VI. Auf der ganzen Platte sind feine streusandähnliche Kulturen, daneben typische Colikulturen. Keine Verflüssigung.
	24.VI. Es ist vollständige Verflüssigung eingetreten. Auf der verflüssigten Gelatine schwimmen noch einige Colikulturen.
30.VI. Mikroskopisch sind sowohl Coli als Staphylokokken vorhanden. Plattenguſs. Es wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht; vide A III.	30.VI. Plattenguſs.
	1.VII. Gelatine an einigen Stellen verflüssigt.
	3.VII. Vollständige Verflüssigung.

A III.

30.VI. Aus dem Urin A II wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht.	
1.VII. Urin alkalisch, getrübt, mit ziemlich starkem Bodensatz. Mikroskopisch lassen sich keine Colibazillen nachweisen.	
3.VII. Im mikroskopischen Präparat sind keine Colibazillen zu finden, jedoch sind massenhaft Staphylokokken vorhanden. Plattenguſs. 1 Öse auf sauern, sterilen Urin; vide A IV.	3.VII. Plattenguſs.
	5.VII. Es sind kleine, gelbe, streusandähnliche Kulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.
	7.VII. Es ist vollständige Verflüssigung eingetreten.

AIV.

3.VII. 1 Öse von AIII wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

5.VII. Der Urin ist alkalisch, getrübt, mit ziemlich viel Bodensatz. Im mikroskopischen Präparat sind nie Staphylokokken zu sehen. Plattenguſs. Agarstrich.

5.VII. Plattenguſs.

7.VII. Es sind kleine, gelbe, streusandähnliche Kulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

9.VII. Es ist vollständige Verflüssigung aufgetreten.

5.VII. Agarstrich.

7.VII. In den aufgegangenen Kulturen sind massenhaft Staphylokokken und ganz vereinzelte Colibazillen mikroskopisch nachweisbar.

2. Versuch.

Bact. coli und Staph. aur.

B.

3.VI. Aus den Bouillonreinkulturen von Bact. coli u. Staph. aur. wird je 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht.

4.VI. Urin sauer, leicht getrübt.

10.VI. Plattenguſs.

10.VI. Plattenguſs.

12.VI. Auf der ganzen Platte sind typische Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

24.VI. Es ist noch keine Verflüssigung eingetreten.

11.VI. Urin alkalisch, ziemlich stark diffus getrübt. Bei Färbung mit Methylenblau sieht man massenhaft Colibazillen. Nach Gramscher Färbung sind nur ganz vereinzelte Staphylokokken wahrzunehmen.

13.VI. Im mikroskopischen Präparat sind Colibazillen und Staphylokokken ungefähr in gleicher Menge vorhanden. Der Urin ist getrübt, mit mäſsig viel Bodensatz, alkalisch.

21.VI. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin übergeimpft; vide B I.

27.VI. Plattenguſs.

27.VI. Plattenguſs.

30.VI. Auf der verflüssigten Gelatine schwimmen einige Colikulturen. Daneben sind massenhaft streusandähnliche Kulturen aufgegangen.



BI.

21.VI. 1 Öse von B wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

23.VI. Urin alkalisch leicht getrübt, mit geringem Bodensatz. Das mikroskopische Präparat weist Colibazillen u. Staphylokokken ungefähr in gleicher Menge auf.

24.VI. 1 Öse auf sauern, sterilen Urin; vide BII.

30.VI. Das mikroskop. Präparat weist viele Staphylok. u. vereinzelte Colibazillen auf.

3.VII. Plattenguſs.

3.VII. Plattenguſs.

5.VII. Es sind typische Colikulturen aufgegangen. Es tritt keine Verflüssigung auf.

10.VII. Es ist immer noch keine Verflüssigung aufgetreten.

5.VII. Im Urin sind die Staphylok. in groſser Überzahl vorhanden. Agarstrich. Plattenguſs.

5.VII. Agarstrich.

7.VII. Es ist ein starker weiſsgelber pelziger Belag aufgetreten, die mikroskopische Untersuchung desselben zeigt vereinzelte Colibazillen und massenhaft nach Gram färbbare Staphylokokken.

5.VII. Plattenguſs.

7.VII. Essind typische Collikulturen aufgegangen. Gelatine verflüssigt sich nicht.

10.VII. Es ist vollständige Verflüssigung eingetreten.

8.VII. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BII 2.

22.VII. Es wird eine Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BII 3.

26.VII. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide BII 4.

BII.

24.VI. 1 Öse von BI wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

26.VI. Urin noch vollständig klar und sauer.

27.VI. Urin alkalisch, mit geringem Bodensatz. Plattenguſs, 1 Öse auf sauern, sterilen Urin; vide BIII.

27.VI. Plattenguſs.

30.VI. Verflüssigung.

30.VI. Urin ziemlich stark getrübt, alkalisch. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BIII 2.

7.VII. Plattenguſs.

19.VII. Plattenguſs.

30.VII. Agarstrich.

7.VII. Plattenguſs.
9.VII. Vollständige Verflüssigung.
19.VII. Plattenguſs.
21.VII. Streusandähnliche, gelbe Kulturen aufgegangen.
24.VII. Verflüssigung.
30.VII. Agarstrich.
31.VII. Die Kultur zeigt im mikroskopischen Präparat Bacterium coli und Staphylokokken in ungefähr gleicher Menge.

B II 2.

8.VII. 1 Öse aus B I wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.
10.VII. Urin sauer, leicht getrübt.
11.VII. Urin sauer. Es ist starke Trübung aufgetreten.
16.VII. Urin alkalisch, stark getrübt. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide B III 2 a.
19.VII. Plattenguſs.

19.VII. Plattenguſs.
21.VII. Es sind streusandähnliche, gelbweiſse Kulturen aufgegangen.
24.VII. Es ist Verflüssigung eingetreten. Es sind vereinzelte Colikulturen zu bemerken.

B II 3.

22.VII. 1 Öse von B I wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.
23.VII. Der Urin ist diffus getrübt, sauer.
29.VII. Der Urin ist immer noch sauer. Es wird ein Agarstrichpräparat gemacht.

29.VII. Agarstrich.
30.VII. Es ist eine weiſse Kultur aufgegangen, welche mikroskopisch nur aus Bact. coli besteht. Nach Gram färbt sich nichts.

B II 4.

26.VII. 1 Öse von B I wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.
29.VII. Der Urin ist diffus getrübt, sauer.
31.VII. Der Urin ist stark diffus getrübt, aber immer noch sauer. Agarstrich.

31.VII. Agarstrich.
2.VIII. Es ist eine weiſse Kultur aufgegangen, welche sich mikroskopisch als Colireinkultur aufweist. Nach Gram färbt sich nichts.

BIII.

27.VI. 1 Öse aus BII wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

1.VII. Urin alkalisch, leicht getrübt, mit fadigem Bodensatz.

3.VII. Urin alkalisch. Es werden im mikroskopischen Präparat keine Colibazillen gefunden, sondern nur nach Gram färbbare Staphylokokken. Plattenguſs.

7.VII. Plattenguſs.

19.VII. Plattenguſs. Agarstrich.

3.VII. Plattenguſs.

5.VII. Es sind massenhaft gelbe, streusandähnliche Kulturen aufgegangen, welche die Gelatine verflüssigen.

7.VII. Plattenguſs.

9.VII. Es werden keine Colikulturen bemerkt, die Gelatine verflüssigt sich.

19.VII. Plattenguſs.

21.VII. Es sind gelbe Kulturen aufgegangen, welche die Gelatine verflüssigen.

19.VII. Agarstrich.

22.VII. Mikroskopie der aufgegangenen Kultur ergiebt massenhaft Staph. und ganz vereinzelte Coli.

BIII 2.

30.VI. 1 Öse von BII wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

1.VII. Der Urin ist sauer, leicht getrübt, mit fadigem Bodensatz. Mikroskopisch können nur massenhaft Staphylokokken, jedoch keine Colibazillen nachgewiesen werden.

3.VII. Der Urin ist alkalisch und hat starken Bodensatz. Plattenguſs.

7.VII. Plattenguſs.

19.VII. Plattenguſs.

3.VII. Plattenguſs.

5.VII. Es sind nur Staphylokokkenkulturen aufgegangen. Gelatine verflüssigt.

7.VII. Plattenguſs.

9.VII. Es ist Verflüssigung eingetreten. Es sind neben den Staph. auch wenige Colikulturen aufgegangen.

19.VII. Plattenguſs.

21.VII. Streusandähnliche, gelbe Kulturen. Keine Colikulturen.

24.VII. Vollständige Verflüssigung.

BIII 2a.

16.VII. 1 Öse aus BII 2 wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

17.VII. Der Urin ist leicht getrübt, sauer. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BIII 2b.

19.VII. Der Urin ist alkalisch, mikroskopisch können Colibazill. und Staphylok. nachgewiesen werden.

BIII 2b.

17.VII. 1 Öse von BIII 2a wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

19.VII. Urin alkalisch, stark getrübt. Es wird eine Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BIII 2c.

BIII 2c.

19.VII. 1 Öse von BIII 2b wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

21.VII. Urin alkalisch, stark getrübt. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BIII 2d.

BIII 2d.

21.VII. 1 Öse von BIII 2c wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

22.VII. Der Urin ist leicht getrübt, sauer. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide BIII 2e.

23.VII. Urin alkalisch.

BIII 2e.

22.VII. 1 Öse von BIII 2d wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

23.VII. Der Urin ist stark getrübt und reagiert alkalisch.

25.VII. Es wird ein Agarstrichpräparat angefertigt.

25.VII. Agarstrich.

27.VII. In den aufgegangenen Kulturen können sowohl Colibazillen als Staphylokokken nachgewiesen werden.

3. Versuch.

Bact. coli und Staph. aur.

C.

9.VI. Aus einer Bouillonkultur von Bact. coli und Staph. aur. wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin geimpft.

10.VI. Der Urin ist sauer, getrübt und hat einen fadigen Bodensatz.

11.VI. Der Urin ist immer noch sauer. Es lassen sich mikroskopisch massenhaft Colibazillen und wenig Staphylokokken nachweisen.

13.VI. Urin alkalisch; Bact. coli in der Überzahl vorhanden.

27*



20.VI. Aus dem Urin wird 1 Öse auf Gelatine gebracht und 1 Platte gegossen.

20.VI. Plattengufs.
23.VI. Es sind typische Colikulturen aufgegangen. Es tritt keine Verflüssigung ein.
5.VII. Die Gelatine ist immer noch nicht verflüssigt.

21.VI. Es wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft; vide CI.
24.VI. Bei Färbung nach Gram lassen sich nur wenig Staphylokokken nachweisen.
26.VI. Im mikroskop. Präparat sind Staphylokokken und Colibazillen etwa in gleicher Menge vorhanden.

26.VI. Plattengufs.
27.VI. Es sind typische Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.
5.VII. Es ist Verflüssigung eingetreten.

3.VII. Bei Färbung nach Gram und nach Färbung mit Eosin lassen sich Staphylokokken und Colibazillen nachweisen. Plattengufs.

3.VII. Plattengufs.
5.VII. Es sind typische Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.
7.VII. Immer noch keine Verflüssigung eingetreten.
10.VII. Die Gelatine ist verflüssigt.

7.VII. Mikroskopisch sind im Urin nur wenig Staphylokokken, jedoch massenhaft Colibazillen nachweisbar.
16.VII. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht: vide CI 2. 1 Öse auf Urin, vide CI.
8.VIII. Agarstrich.

8.VIII. Agarstrich (wird zur Kontrolle gemacht, weil bei Impfung auf Urin nichts mehr wächst; vide CI 3.)
17.VIII. Es ist nichts aufgegangen.

CI.

21.VI. 1 Öse von C wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.
23.VI. Der Urin ist wenig getrübt, sauer.
24.VI. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide CII. Plattengufs.
26.VI. Urin alkalisch. Plattengufs.

24.VI. Plattengufs.
26.VI. Typische Colikulturen. Keine Verflüssigung.
26.VI. Plattengufs.
27.VI. Typische Colikulturen.
7.VII. Keine Verflüssigung.

30.VI. Im mikroskopischen Bilde sind mehr Staphylokokken als Colibazillen zu sehen.
5.VII. Plattengufs.

5.VII. Plattengufs.

17.VII. Mikroskop. Untersuchung ergiebt Colibazillen und Staphylokokken ungefähr in gleicher Menge.

7.VII. Es sind typische Colikulturen aufgegangen.

10.VII. Es ist Verflüssigung eingetreten.

CI 2.

16.VII. 1 Öse aus C auf sterilen, sauern Urin.

17.VII. Der Urin ist getrübt, sauer. 1 Öse auf sterilen Urin; vide CI 2 a.

26.VII. Urin immer noch sauer. Agarstrich.

26.VII. Agarstrich.

28.VII. In der Kultur können nur Colibazillen nachgewies. werden. Nach Gram färbt sich nichts.

CI 3.

2.VIII. 1 Öse von C wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

4.VIII. Urin noch vollständig klar (vide Agarstrich bei C vom 8.VIII.

CI 2a.

17.VII. 1 Öse von CI 2 auf sterilen, sauern Urin.

19.VII. Diffus getrübt, sauer.

25.VII. Immer noch sauer.

CII.

24.VI. 1 Öse aus CI wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.

26.VI. Der Urin ist getrübt, hat flockigen Bodensatz und ist alkalisch. Plattenguſs. 1 Öse wird auf sterilen, sauern Urin gebracht; vide CIII.

26.VI. Plattenguſs.

27.VI. Es sind vereinzelte Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

30.VI. Die Gelatine ist vollständig verflüssigt, ist jedoch an mehreren Stellen verunreinigt, so daſs nicht mit Sicherheit konstatiert werden kann, ob die Verflüssigung von den Staphylokokkenkulturen herrührt.

30.VI. Plattenguſs.

30.VI. Plattenguſs.

3.VII. Es sind einige Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

5.VII. Es tritt keine Verflüssigung auf.

3.VII. Im mikroskopischen Präparat lassen sich sowohl Staphylokokken als Colibazillen nachweisen. Plattenguſs.

3.VII. Plattenguſs.

5.VII. Es sind typische Colikulturen aufgetreten.

7.VII. Es ist noch keine Verflüssigung aufgetreten.



8.VII. Plattenguſs.

8.VII. Plattenguſs.

10.VII. Es sind Colikulturen aufgegangen.

15.VII. Verflüssigung eingetreten.

CIII.

26.VI. 1 Öse aus CII wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

27.VI. Urin leicht getrübt; hat einen flockigen Bodensatz, ist sauer. Im mikroskop. Präparat sind Colibazillen und Staphylokokken in gleicher Menge vorhanden. Plattenguſs.

30.VI. Urin alkalisch. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide CIV.

3.VII. Im mikroskop. Präparat sind Colibazillen und Staphylokokken zu sehen. Plattenguſs.

17.VII. Im mikroskopischen Präparat sind Colibazillen und Staphylokokken zu sehen.

27.VI. Plattenguſs

30.VI. Es sind vereinzelte Colikulturen aufgegangen und massenhaft Staphylokokkenkulturen. Die Gelatine verflüssigt sich.

3.VII. Plattenguſs.

5.VII. Es treten typische Colikulturen auf.

17.VII. Es tritt keine Verflüssigung auf.

CIV.

30.VI. 1 Öse von CIII wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.

1.VII. Der Urin ist alkalisch und hat ziemlich viel fadigen Bodensatz.

3.VII. Im mikroskop. Präparat sind Colibazillen und Staphylokokken zu sehen. Plattenguſs. 1 Öse wird auf sterilen, sauern Urin gebracht; vide CV.

17.VII. Mikroskopisch Colibazillen und Staphylokokken vorhanden. Plattenguſs.

3.VII. Plattenguſs.

5.VII. Es sind Colikulturen aufgegangen.

10.VII. Es ist keine Verflüssigung eingetreten.

17.VII. Plattenguſs.

19.VII. Typische Colikulturen.

25.VII. Noch keine Verflüssigung aufgetreten.

CV.

3.VII. 1 Öse von CIV wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

5.VII. Der Urin ist getrübt, sauer. Plattenguſs.

8.VII. Der Urin ist alkalisch, stark getrübt, mit flockigem Bodensatz.

10.VII. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt massenhaft Colibazillen

5.VII. Plattenguſs.

7.VII. Colikulturen.

10.VII. Keine Verflüssigung eingetreten.

und bei Färbung nach Gram nur ganz wenig Staphylokokken.

16.VII. Es wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft; vide CVI.

17.VII. Plattengufs.

17.VII. Plattengufs.

19.VII. Colikulturen.

27.VII. Noch keine Verflüssigung eingetreten.

CVI.

16.VII. Aus CV wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft.

17.VII. Der Urin ist getrübt, sauer; Impfung von 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide CVII.

21.VII. Der Urin ist leicht alkalisch.

CVII.

17.VII. 1 Öse von CVI auf sterilen, sauern Urin.

19.VII. Urin ziemlich stark getrübt, sauer.

21.VII. Urin immer noch sauer; es wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft; vide CVIII.

CVIII.

21.VII. 1 Öse von CVII wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

22.VII. Urin leicht getrübt, sauer.

29.VII. Agarstrich.

30.VII. Urin immer noch sauer.

29.VII. Agarstrich.

30.VII. Die aufgegangene Kultur zeigt mikroskopisch massenhaft Colibazillen und keine Staphylokokken.

4. Versuch.

Bact. coli und Streptococcus.

D.

10.VI. Aus einer Coli- und einer Streptokokken-Bouillon-Reinkultur wird je eine Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht.

11.VI. Der Urin ist getrübt, mit zusammenhängendem, schleimigem Bodensatz. Mikroskopisch sind ziemlich viel Colibazillen und vereinzelte Streptokokken zu sehen.

18.VI. Urin alkalisch, mit starkem Bodensatz.



19.VI. Mikroskopisch lassen sich massenhaft Colibazillen nachweisen. Bei Färbung nach Gram vereinzelte Staphylokokken.

21.VI. Es wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht; vide D I. Platteng.

24.VI. Bei gewöhnlicher Färbung sind massenhaft Colibazillen zu sehen. Bei Färbung nach Gram ist nichts zu sehen.

26.VI. Der Urin ist immer noch sauer und stark getrübt.

8.VII. Im mikroskop. Präparat ist nichts zu sehen, deshalb wird eine Platte gegossen. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin geimpft; vide D I 2.

8.VII. Es wird eine Agarstrichkultur angelegt.

10.VII. Agarstrich. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin geimpft; vide D I 3.

17.VII. Da auf dem Agarstrich und im Urin D I 3 nichts aufgegangen ist, werden 6 Ösen auf Traubenzuckerbouillon gebracht.

24.VI. Plattenguſs.

26.VI. Es sind nur Colikulturen zu sehen.

8.VII. Es ist nichts anderes aufgegangen als Colikulturen.

3.VII. Plattenguſs.

8.VII. Es treten nur Colikulturen auf.

8.VII. Agarstrich.

10.VII. Es ist nichts aufgegangen.

10.VII. Agarstrich.

17.VII. Es wächst nichts.

17.VII. Traubenzuckerbouillon.

25.VII. Die Flüssigkeit ist noch vollständig klar.

D I.

21.VI. 1 Öse aus D wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

23.VI. Urin diffus getrübt.

24.VI. Urin sauer. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide D II. Plattenguſs.

27.VI. Im mikroskop. Präparat sind nur Colibazillen zu sehen. Nach Gram färbt sich nichts.

3.VII. 1 Öse wird auf Bouillon gebracht.

24.VI. Plattenguſs.

26.VI. Es sind Colikulturen aufgegangen.

8.VII. Es sind keine anderen als Colikulturen zu bemerken.

3.VII. Bouillonkultur.

8.VII. Bouillon stark getrübt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ausschlieſslich Colibazillen. Nach Gram färbt sich nichts.

D I 2.

3.VII. 1 Öse von D wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

8.VII. Der Urin ist stark diffus getrübt, sauer.

10.VII. Agarstrich.

10.VII. Agarstrich.

15.VII. Der weifse, üppige Belag weist sich als Colireinkultur auf. Nach Gram färbt sich nichts.

DI 3.

10.VII. 1 Öse aus D wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

17.VII. Der Urin bleibt vollständig klar.

DII.

24.VI. 1 Öse von DI wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

26.VI. Der Urin ist sauer u. diffus getrübt. Plattengufs.

26.VI. Plattengufs.

28.VI Es sind Colikulturen aufgegangen.

30.VI. Es ist nichts anderes als Colikulturen zu sehen. Keine Verflüssigung.

10.VII. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide D III.

17.VII. Der Urin bleibt sauer. Mikroskop. sind nur Colibazillen zu sehen. Nach Gram färbt sich nichts. Plattengufs.

17.VII. Plattengufs.

19.VII. Es sind typische Colikulturen aufgegangen. Keine Verflüssigung.

DIII.

10.VII. 1 Öse von DII auf sterilen, sauern Urin.

17.VII. Der Urin ist sauer, diffus getrübt.

19.VII. Im mikroskop. Präparat sind ausschliefslich Colibazillen zu sehen.

5. Versuch.

Bact. coli und Staph. citr.

F.

5.VII. Von einer frischen Coli- und Staphylokokken-Reinkultur wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht.

7.VII. Der Urin ist sauer, leicht getrübt, mit leichtem Bodensatz. Plattengufs.

7.VII. Plattengufs.

10.VIII. An einigen Stellen sind typische Colikulturen aufgegangen. An anderen ist Verflüssigung aufgetreten.

8.VII. Urin sauer, ziemlich stark getrübt, mit mäfsigem Bodensatz. 1 Öse wird auf sterilen, sauern Urin geimpft, vide FI.

15.VII. Urin alkalisch.

22.VII. Urin stark alkalisch. 1 Öse wird auf sterilen, sauern Urin gebracht; vide FI 2.

30.VII. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide FI 3.

FI.

8.VII. 1 Öse von F auf sauern, sterilen Urin.

10.VII. Urin sauer, leicht getrübt, mit geringem Bodensatz.

19.VII. Urin immer noch sauer, ziemlich stark diffus getrübt. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin: vide FII.

1.VIII. Urin immer noch sauer. Im mikroskop. Präparat werden nur Colibazillen gefunden. Nach Gram färbt sich nichts.

FI 2.

22.VII. 1 Öse von F wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

23.VII. Urin sauer, mäſsig getrübt.

29.VII. Urin alkalisch. Agarstrich.

29.VII. Agarstrich.

31.VII. Mikroskopisch zeigt die Kultur massenhaft Colibazillen und ganz spärliche Staphylokokken.

FI 3.

30.VII. 1 Öse von F wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.

1.VIII. Urin diffus getrübt, sauer.

10.VIII. Urin alkalisch, mit mäſsigem Bodensatz. Agarstrich.

10.VIII. Agarstrich.

12.VIII. Colibazillen u. Staphylok. sind ungefähr in gleicher Menge vorhanden.

FII.

19.VII. 1 Öse von FI wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

21.VII. Urin sauer, stark getrübt. 1 Öse wird auf sterilen, sauern Urin geimpft: vide FIII.

29.VII. Plattenguſs.

29.VII. Plattenguſs.

31.VII. Es sind nur Colikulturen gewachsen. Keine Verflüssigung.

FIII.

21.VII. 1 Öse von FII wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.



1.VIII. Der Urin bleibt sauer, ist diffus getrübt. Agarstrich.

1.VIII. Agarstrich.

3.VIII. In der aufgegangenen Kultur sind nur Colibazillen nachweisbar. Nach Gram färbt sich nichts.

6. Versuch.

Bact. coli und Staph citr.

G.

24.VI. 1 Öse aus einer Reinkultur von Bact. coli und von Staph. citr. wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

26.VI. Stark getrübt, alkalisch. Plattenguſs.

26.VI. Plattenguſs.

30.VI. Es tritt Verflüssigung ein.

27.VI. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin geimpft; vide GI.

8.VII. Plattenguſs.

8.VII. Plattenguſs.

11.VII. Es ist nur an einer Stelle eine Colikultur aufgegangen. Die übrigen Kulturen haben die Gelatine verflüssigt.

GI.

27.VI. 1 Öse von G wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

30.VI. Urin stark getrübt, alkalisch. Plattenguſs.

30.VI. Plattenguſs.

2.VII. Es ist Verflüssigung eingetreten.

11.VII. Es wird 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide GII.

GII.

11.VII. 1 Öse von GI wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

15.VII. Urin alkalisch, getrübt.

19.VII. Plattenguſs. Mikroskopisch sind Colibazillen und Staphylokokken in etwa gleicher Menge vorhanden. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide GIII.

19.VII. Plattenguſs.

24.VII. Vollständige Verflüssigung.

GIII.

19.VII. 1 Öse von GII wird auf Urin geimpft.

21.VII Urin alkalisch, getrübt. Mikroskopisch sind Colibazillen und Staphylokokken vorhanden. 1 Öse auf GIV.

GIV.

21.VII. 1 Öse von GIII auf sterilen, sauern Urin.



24.VII. Urin alkalisch getrübt, Colibazillen und Staphylokokken vorhanden. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin gebracht; vide GV.

GV.

24.VII. 1 Öse von GIV auf sterilen, sauern Urin.

28.VII. Urin getrübt, alkalisch. Mikroskopisch sind Colibazillen und Staphylok. nachweisbar. Plattenguſs.

28.VII. Plattenguſs.

4.VIII. Es ist Verflüssigung eingetreten.

7. Versuch.

Bact. coli und Staph. aur.

H.

9.VII. 10 h a.m. Aus einer Bouillonreinkultur von Staphyloc. aur. und von Bact. coli wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft.

9.VII. 5 h p. m. Es ist eine ganz leichte diffuse Trübung aufgetreten. 1 Öse wird auf sauern, sterilen Urin geimpft; vide HI.

10.VII. Urin sauer, diffus getrübt.

12.VII. Urin alkalisch.

22.VII. 1 Öse auf sauern, sterilen Urin; vide HI 2.

29.VII. dito vide HI 3.

7.VIII. dito vide HI 4.

9.VIII. Agarstrich.

9.VIII. Agarstrich.

11.VIII. Es geht nichts auf.

HI.

9.VII. 5 h p. m. 1 Öse von H wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

10.VII. Urin sauer, leicht diffus getrübt. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide HII.

19.VII. Urin alkalisch, stark getrübt. Agarstrich.

19.VII. Agarstrich.

23.VII. In der Kultur können Colibazillen und Staphylokokken nachgewiesen werden.

HI 2.

22.VII. 1 Öse von H wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

23.VII. Urin sauer, stark getrübt.

1.VIII. Urin alkalisch. Agarstrich.

11.VIII. Urin alkalisch.

1.VIII. Agarstrich.

2.VIII. Es sind gelblichweiſse

Kulturen aufgegangen, in welchen sich Colibazillen und Staphylokokken nachweisen lassen.

HI 3.

29.VII. 1 Öse von H wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

30.VII. Urin sauer, getrübt.

1.VIII. Getrübt, geringer Bodensatz, alkalisch. Agarstrich.

1.VIII. Agarstrich.

2.VIII. Colibazillen und Staphylok. nachweisbar.

HI 4.

7.VIII. 1 Öse von H wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.

11.VIII. Der Urin bleibt vollständig klar (vide Agarstrich vom 9.VIII. bei H).

HII.

10.VII. 10 h a. m. 1 Öse von HI wird auf sterilen, sauern Urin gebracht.

10.VII. 5 h p. m. Urin ganz leicht diffus getrübt. Überimpfung auf HIII.

19.VII. Der Urin ist noch sauer.

30.VII. Urin immer noch sauer.

HIII.

10.VII. 5 h p. m. 1 Öse von HII wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

11.VII. 10 h a.m. Urin leicht getrübt, sauer. Es wird 1 Öse auf HIV gebracht.

19.VII. Urin noch sauer.

20.VII. Agarstrich.

20.VII. Agarstrich.

23.VII. Üppige weifse Kultur, die sich mikroskopisch als Colireinkultur ausweist. Nach Gram färbt sich nichts.

HIV.

10.VII. 10 h a. m. 1 Öse von HIII wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

14.VII. Urin stark getrübt, sauer.

30.VII. Urin immer noch sauer.

8. Versuch.

Bact. coli und Proteus vulgaris.

J.

9.VII. Aus einer Bouillonkultur von Proteus vulgaris und von Bact. coli

9.VII. Aus der Bouillonkultur von Proteus vulgaris wird zur Kontrolle

wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht.

10.VII. Leichte Trübung, sauer. 1 Öse wird auf sterilen Urin geimpft; vide J I.

14.VII. Urin stark getrübt, alkalisch.

16.VII. Impfung auf J I 2.

24.VII. „ „ J I 3.

1.VIII. „ „ J I 4.

1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht.

10.VII. Urin noch klar, sauer.

11.VII. 10^{h} a. m. Urin leicht getrübt, sauer; 6^{h} p. m. getrübt, alkalisch.

7.VIII. Es wird 1 Öse auf sterilen Urin gebracht.

19.VIII. Der Urin bleibt vollständig klar und sauer.

J I.

10.VII. 1 Öse von J wird auf sterilen Urin geimpft.

11.VII. Leichte Trübung, sauer.

19.VII. Immer noch sauer. 1 Öse wird auf sterilen Urin gebracht; vide J II.

30.VII. Immer noch sauer. Agarstrich.

7.VIII. Der Urin bleibt sauer.

30.VII. Agarstrich.

1.VIII. Es hat sich ein gelblichweifser Belag gebildet, in welchem nur Colibazillen nachgewiesen werden können. Nach Gram färbt sich nichts.

J I 2.

16.VII. 1 Öse von J auf sterilen, sauern Urin.

18.VII. Urin leicht alkalisch. Mikroskopische Untersuchung ergiebt Bact. coli und Proteus vulg.

J I 3.

24.VII. 1 Öse von J auf sterilen, sauern Urin.

27.VII. Mikroskopisch massenhaft Proteus, vereinzelte Colibazillen. Gelatineplatte. Impfung auf sauern, sterilen Urin; vide J II 3 a.

27.VII. Gelatineplatte.

5.VIII. Vollständige Verflüssigung.

J I 4.

1.VIII. 1 Öse von J auf sterilen, sauern Urin.

11.VIII. Der Urin ist vollständig klar und sauer geblieben. Agarstrich.

11.VIII. Agarstrich.

15.VIII. Es ist nichts aufgegangen.

J II 3 a.

27.VII. 1 Öse von J I 3 auf sterilen, sauern Urin.

30.VII. Urin stark alkalisch. Mikroskopisch sind keine Coli zu sehen, aber massenhaft Proteus. Agarstrich.

30.VII. Agarstrich.

4.VIII. Untersuchung der Kultur ergiebt massenhaft Proteus und auch vereinzelte Colibazillen.

1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide JIII 3 b.

JIII 3 b.

30.VII. 1 Öse von JII 2 a auf sauern, sterilen Urin.

4.VIII. Urin alkalisch. Massenhaft Proteus. Keine Colibazillen. Agarstrich.

4.VIII. Agarstrich.

8.VIII. Die Kultur besteht nur aus Proteus. Colibazillen können keine nachgewiesen werden.

9. Versuch.

Bact. coli und Staph. citr.

K.

7.VII. 10 h a. m. 1 Öse einer Bouillonkultur von Bact. coli und von Staph. citr. wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

7.VII. 4 h p. m. Leichte Trübung aufgetreten. Reaktion sauer. Plattenguſs. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide K I.

8.VII. Impfung auf K I 2.

10.VII. Urin alkalisch. Impfung auf K I 3.

7.VII. Plattenguſs.

8.VII. Typische Colikulturen aufgegangen.

11.VII. Es tritt keine Verflüssigung ein.

K I.

7.VII. 4 h p. m. 1 Öse von K auf sterilen Urin.

8.VII. Urin diffus getrübt, sauer; es wird davon auf sterilen, sauern Urin geimpft; vide K II. Plattenguſs.

10.VII. Urin stark getrübt, sauer.

19.VII. Urin bleibt sauer.

8.VII. Plattenguſs.

9.VII. Es sind wenige Colikulturen aufgegangen.

15.VII. Es tritt keine Verflüssigung auf.

K I 2.

8.VII. 1 Öse von K wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

9.VII. Leicht getrübt, sauer.

11.VII. Stark getrübt, Reaktion sauer. Agarstrich.

15.VII. Urin immer noch sauer.

11.VII. Agarstrich.

12.VII. Die Untersuchung der weiſslich-gelben Kulturen ergiebt eine Colireinkultur; nach Gram färbt sich nichts.

K I 3.

10.VII. Von K wird 1 Öse auf sterilen Urin gebracht.

11.VII. Leichte Trübung. Reaktion sauer.

12.VII. Starke Trübung, leichter Bodensatz. Leicht alkalisch. Agarstrich.

14.VII. Urin getrübt, mit starkem Bodensatz. Deutlich alkalisch.

12.VII. Agarstrich.

14.VII. Ein aus der aufgegangenen Kultur angefertigtes Präparat läfst massenhaft Colibazillen erkennen. Nach Gram färben sich einige Staphylokokken.

Von KII wird auf KIII, von diesem auf KIV, von diesem auf KV und schliefslich von diesem auf KVI übergeimpft, und zwar geschieht die Überimpfung immer sofort nach dem Auftreten einer Trübung. Der Urin in allen diesen Reagenzgläschen bleibt sauer, und es können in ihm nur Colibazillen nachgewiesen werden.

10. Versuch.

Bact. coli und Staph. citr.

L.

10.VII. 10^{h} a. m. Aus den Bouillonreinkulturen von Bact. coli und Staph. citr. wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin geimpft.

10.VII. 5^{h} p. m. Leichte diffuse Trübung. Reaktion sauer. Es wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin übergeimpft; vide LI.

15.VII. 9^{h} a. m. Starke Trübung. Viel Bodensatz. Reaktion alkalisch.

23.VII. Impfung auf LI 2.

29.VII. „ „ LI 3.

7.VIII. „ „ LI 4.

10.VII. 10^{h} a. m. 1 Öse aus der Bouillonkultur von Staph. citr. wird zur Kontrolle auf sterilen, sauern Urin gebracht.

11.VII. Ganz leichter Bodensatz, Reaktion sauer.

12.VII. Ziemlich viel Bodensatz. Reaktion alkalisch.

7.VIII. Es wird 1 Öse auf sterilen Urin geimpft, welcher nach 6 Tagen noch vollständig klar ist.

LI.

10.VII. 5^{h} p. m. 1 Öse von L auf sauern, sterilen Urin.

11.VII. 10^{h} a. m. Leicht getrübt, sauer. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide LII.

15.VII. Ziemlich stark getrübt, mit etwas Bodensatz. Nicht mehr deutlich sauer.

16.VII. Deutlich alkalisch.

LI 2.

23.VII. 1 Öse von L auf sterilen, sauern Urin.

24.VII. Diffuse Trübung. Reaktion sauer.

29.VII. Urin alkalisch.

LI 3.

29.VII. 1 Öse von L auf sterilen, sauern Urin.

30.VII. Diffus getrübt, kein Bodensatz, sauer.

7.VIII. Starke Trübung, viel Bodensatz. Reaktion alkalisch.

LI 4.

7.VIII. 1 Öse von L auf sterilen, sauern Urin.

8.VIII. Urin leicht getrübt, sauer. Kein Bodensatz.

11.VIII. Starke Trübung. Reaktion immer noch sauer.

15.VIII. Der Urin bleibt sauer.

LII.

11.VII. 10h a. m. 1 Öse von LI auf sterilen Urin.

11.VII. 6 h p. m. Leichte Trübung. Reaktion sauer. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide LIII.

15.VII. Zieml. stark getrübt, sauer.

18.VII. Urin bleibt sauer.

LIII.

11.VII. 6h p. m. 1 Öse von LII auf sterilen, sauern Urin.

12.VII. Mäfsige Trübung. Reaktion sauer.

15.VII. Immer noch sauer. Agarstrich.

15.VII. Agarstrich.

16.VII. Es ist ein starker Belag aufgetreten, der sich als Colireinkultur ausweist.

17.VII. Urin bleibt sauer.

11. Versuch.

Bact. coli und Staph. aur.

M.

21.VII. Aus einer Bouillonkultur von Bact. coli und von Staph. aur. wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht.

22.VII. Ziemlich starke Trübung. Reaktion sauer. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide MI.

24.VII. Stark getrübt, immer noch sauer. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide MI 2.

21.VII. 1 Öse der Staphylokokkenkultur wird zur Kontrolle auf sterilen, sauern Urin gebracht.

22.VII. Der Urin ist noch klar und sauer.

24.VII. Es ist starker Bodensatz aufgetreten. Der Urin ist alkalisch.

30.VII. 1 Öse wird auf sterilen, sauern Urin gebracht; derselbe ist nach 2 Tagen alkalisch.

25.VII. Urin alkalisch. 1 Öse auf MI3

26.VII. 1 Öse auf MI4.

18.VIII. 1 Öse auf MI5.

18.VIII. 1 Öse der Kontrollkultur wird auf sterilen, sauern Urin gebracht. Derselbe ist am 24. VIII. noch vollständig klar und sauer.

MI.

22.VII. 12 h a. m. 1 Öse von M auf sterilen, sauern Urin.

23 VII. Urin getrübt, sauer. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide MII.

29.VII. Urin stark getrübt, sauer.

30.VII. Der Urin bleibt sauer.

MI2.

24.VII. 1 Öse von M auf sterilen, sauern Urin.

25.VII. Diffuse Trübung. Reaktion sauer.

11.VIII. Urin bleibt sauer.

MI3.

25.VII. 1 Öse von M auf sterilen, sauern Urin.

26.VII. Leichte Trübung. Reaktion sauer.

29.VII. Starke Trübung, etwas Bodensatz. Reaktion alkalisch. Agarstrich.

29.VII. Agarstrich.

1.VIII. Es lassen sich in der aufgegangenen Kultur sowohl Colibazillen als auch Staphylokokken nachweisen.

MI4.

26.VII. 1 Öse von M auf sterilen Urin.

29.VII. Der Urin ist getrübt, hat Bodensatz und ist alkalisch.

MI5.

18.VIII. 1 Öse von M auf sterilen, sauern Urin.

5.VIII. Diffus getrübt, sauer.

12.VIII. Der Urin ist immer noch sauer. Mikroskopisch lassen sich nur Colibazillen nachweisen. Nach Gram färbt sich nichts.

MII.

23 VII. 1 Öse von MI auf sterilen, sauern Urin.

26.VII. Urin leicht getrübt, sauer.

30 VII. Stark diffus getrübt, immer noch sauer. Mikroskopisch lassen sich nur Colibazillen nachweisen.

8.VIII. Der Urin bleibt sauer. Agarstrich.

8.VIII. Agarstrich.

10.VIII. Nur Colibazillen nachweisbar; nach Gram färbt sich nichts.

12. Versuch.

Bact. coli und Streptococcus.

N.

24.VII. Aus einer Bouillonkultur von Bact. coli und von Streptococcus wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht.

25.VII. Leicht getrübt, sauer.

28.VII. Starke Trübung, ziemlich viel Bodensatz. Mikroskopisch sind sowohl Colibazillen als nach Gram färbbare Streptokokken zu sehen. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide N I.

30.VII. 1 Öse auf N I 2.

24.VII. 1 Öse aus der Streptokokkenkultur wird zur Kontrolle auf Urin gebracht.

26.VII. Es ist ein leichter Bodensatz entstanden. Urin alkalisch.

19.VIII. Bei Impfung auf sterilen, sauern Urin; bleibt derselbe vollständig klar.

N I.

28.VII. 1 Öse von N auf sterilen, sauern Urin.

29.VII. Urin sauer, getrübt. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide N II.

30.VII. Mikroskopisch massenhaft Colibazillen und vereinzelte Streptokokken zu sehen.

2.VIII. 1 Öse auf sterilen Urin; vide N II 2.

N I 2.

30.VII. 1 Öse von N auf sterilen, sauern Urin.

2.VIII. Trübung. Mikroskopisch können nur Colibazillen nachgewiesen werden. Nach Gram färbt sich nichts.

N II.

29.VII. 1 Öse von N I auf sterilen Urin.

1.VIII. Diffuse Trübung. Mikroskopisch können nur Colibazillen nachgewiesen werden. Agarstrich.

1.VIII. Agarstrich.

4.VIII. In dem weifslich-gelben Belag sind mafsenhaft Colibazillen; nach Gram färbt sich nichts.

6.VIII. Der Urin bleibt sauer.

N II 2.

2.VIII. 1 Öse von N I wird auf sauern, sterilen Urin gebracht.

5.VIII. Starke Trübung. Bei Gramscher Färbung ist nichts zu sehen. Bei gewöhnlicher Färbung massenhaft Colibazillen. Agarstrich.

18.VIII. Der Urin bleibt sauer.

5.VIII. Agarstrich.

7.VIII. In der aufgegangenen Kultur können nur Colibazillen nachgewiesen werden.

13. Versuch.

Bact. coli und Staph. alb.

P.

24.VII. Von einer Bouillonreinkultur von Bact. coli und Staph. albus wird je 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht.

25.VII. Mäfsige Trübung. Reaktion sauer. 1 Öse wird auf sterilen Urin gebracht: vide PI.

26.VII. 1 Öse auf PI 2.
29.VII. „ „ PI 3.
3.VIII. „ „ PI 4.
11.VIII. „ „ PI 5.
20.VIII. „ „ PI 6.
25.VIII. „ „ PI 7.
29.VIII. „ „ PI 8.

24.VII. 1 Öse aus der Staphylokokkenkultur wird zur Kontrolle auf sterilen, sauern Urin gebracht.

25.VII. Schwache Trübung. Reaktion alkalisch.

29.VII. Stark getrübt, deutlich alkalisch.

PI.

25.VII. 1 Öse von P wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

26.VII. Urin getrübt, sauer. 1 Öse wird auf sterilen Urin geimpft: vide PII.

30.VII. Diffuse Trübung, kein Bodensatz, sauer.

PI 2.

26.VII. 1 Öse von P auf sterilen Urin.

29.VII. Diffus getrübt, sauer.

11.VIII. Reaktion immer noch sauer.

PI 3.

29.VII. 1 Öse von P wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

30.II. Diffus getrübt, mit wolkigem Bodensatz, sauer.

4.VIII. Diffuse Trübung, flockiger Bodensatz. Reaktion alkalisch. Mikroskopisch sind Colibazillen und nach Gram färbbare Staphylokokken nachweisbar.

PI 4.

3.VIII. 1 Öse von P wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

11.VIII. Diffuse Trübung, flockiger Bodensatz. Alkalisch Agarstrich.

11.VIII. Agarstrich.

18.VIII. In der aufgegangenen Kultur lassen sich sowohl Colibazillen, als auch nach Gram färbbare Staphylokokken nachweisen.

PI 5.

11.VIII. 1 Öse von P wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

12.VIII. Diffus getrübt, kein Bodensatz, sauer.

18.VIII. Neben der Trübung flockiger Bodensatz. Alkalisch.

PI 6.

20.VIII. 1 Öse von P wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

22.VIII. Diffus getrübt, sauer.

24.VIII. Urin immer noch sauer.

29.VIII. Es tritt kein Bodensatz auf, Reaktion immer noch sauer. Mikroskopisch lassen sich massenhaft Colibazillen nachweisen. Nach Gram färbt sich nichts. Agarstrich.

29.VIII. Agarstrich.

1.IX. In der aufgegangenen Kultur lassen sich nur Colibazillen nachweisen. Nach Gram färbt sich nichts.

PI 7.

25.VIII. 1 Öse von P auf sterilen Urin.

27.VIII. Diffus getrübt, sauer.

2.IX. Reaktion immer noch sauer. Agarstrich.

2.IX. Agarstrich.

4.IX. In der aufgegangenen Kultur lassen sich nur Colibazillen nachweisen.

PI 8.

29.VIII. 1 Öse von P auf sterilen, sauern Urin.

2.IX. Diffuse Trübung. Reaktion sauer.

6.IX. Reaktion immer noch sauer.

PII.

26.VII. 1 Öse von PI wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

29.VII. Diffuse Trübung. Kein Bodensatz. Reaktion sauer.

2.VIII. Reaktion immer noch sauer.

14. Versuch.

Bact. coli und Proteus vulgaris.

Q.

24.VII. Aus je einer Bouillonkultur von Bact. coli und Proteus vulg. wird 1 Öse auf sterilen, sauern Urin gebracht.

25.VII. Urin sauer, leicht getrübt. Es wird 1 Öse auf QI gebracht.

28.VII. Urin alkalisch. Mikroskopisch lassen sich Bact. coli und Proteus nachweisen. 1 Öse auf sterilen Urin; vide QI 2.

4.VIII. 1 Öse auf QI 3.

11.VIII. „ „ QI 4.

20.VIII. „ „ QI 5. Agarstrich.

20.VIII. Agarstrich.

22.VIII. Nichts aufgegangen.

27.VIII. Es geht nichts auf.

QI.

25.VII. 1 Öse von Q auf sterilen, sauern Urin.

28.VII. Urin sauer, leicht getrübt.

31.VII. Urin bleibt sauer.

QI 2.

28.VII. 1 Öse von Q wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

31.VII. Alkalisch. Mikroskopisch massenhaft Proteus, mäfsig viel Colibazillen. 1 Öse auf QII 2 a.

7.VIII. 1 Öse auf sterilen, sauern Urin; vide QII 2 b.

QI 3.

4.VIII. 1 Öse von Q wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

7.VIII. Urin alkalisch. Mikroskopisch massenhaft Proteus und vereinzelte Colibazillen.

QI 4.

11.VIII. 1 Öse von Q wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

15.VIII. Urin alkalisch. Mikroskopisch keine Coli nachzuweisen. Massenhaft Proteus. Agarstrich.

15.VIII. Agarstrich.

18.VIII. Es sind dünne, glänzende Kulturen aufgegangen. Nirgends typische Colikulturen. Mikroskopisch ist nur Proteus vulg. nachweisbar.

QI 5.

20.VIII. 1 Öse von Q wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

25.VIII. Noch sauer und klar.

29.VIII. Immer noch sauer und klar.

QII 2 a.

31.VII. 1 Öse von QI 2 wird auf sterilen, sauern Urin geimpft.

4.VIII. Urin alkalisch. Mikroskopisch sind Colibazillen und Proteus nachweisbar.

QII 2 b.

7.VIII. 1 Öse von QI 2 wird auf sauern, sterilen Urin geimpft.

11.VIII. Urin alkalisch. Massenhaft Proteus, jedoch keine Colibazillen nachweisbar. Agarstrich.

11.VIII. Agarstrich.

13.VIII. An einer Stelle eine typische Colikultur, daneben auf der ganzen Strichlinie glänzende, durchscheinende Proteuskulturen.

Betrachten wir nun noch in Kürze das Resultat der obigen Versuche. Und zwar zuerst das Verhältnis von Bacterium coli zu Staphylococcus aureus. In Versuch 1 wird von der Mischkultur A über AI, AII und AIII auf AIV jeweilen 1 Öse übergeimpft und zwar immer erst, wenn die Mischkulturen alkalische Reaktion aufweisen. Dabei werden jedesmal Colibazillen und Staphylokokken gefunden; und zwar ist hier das Bacterium coli nicht etwa in der Überzahl vorhanden, sondern nach viermaliger Überimpfung in einem Zeitraum von 30 Tagen dermafsen von den Staphylokokken überwuchert, dafs es nur noch schwierig nachzuweisen ist. Aus diesem Versuch geht also hervor, dafs Colibazillen und Staphylokokken nebeneinander erhalten bleiben, wenn die Überimpfung nach circa 10 Tagen stattfindet. Von weiterm Interesse ist hier noch die Thatsache, dafs die Colibazillen in einem Falle im Urin nicht mehr nachgewiesen werden konnten, wohl aber noch in einem aus diesem Urin verfertigten Agarstrichpräparat.

Auch im 2. Versuche werden durch jeweiliges Überimpfen des alkalischen Urins Staphylokokken und Colibazillen während 46 Tage nebeneinander kultiviert. Bei der mehrmaligen Untersuchung von BI jedoch zeigt sich, dafs die Staphylokokken allmählich unter-

gehen, sodaſs nach 31 Tagen nur noch Colibazillen nachgewiesen werden können.

Durch dieselbe Versuchsanordnung konnte ich auch in Versuch 3 dasselbe Resultat erhalten, auch hier ist nach 37 Tagen aus der ursprünglichen Mischkultur, durch Untergang der Staphylokokken, eine Colireinkultur entstanden.

Aber noch auf eine andere Weise kommt eine Colireinkultur zustande. Als ich nämlich aus der Mischkultur C VI, welche durch mehrmaliges Überimpfen aus der ursprünglichen Mischkultur erhalten worden war, schon nach 1 Tage auf C VII überimpfte, blieb der Urin trotz eingetretener Trübung sauer, und es konnten in ihm nur noch Colibazillen nachgewiesen werden.

Dasselbe sehen wir wieder in Versuch 7. Die Mischkultur H, welche am 9. Juli 10 Uhr morgens angelegt wird, wird am selben Tage 5 Uhr abends, nachdem eine leichte Trübung aufgetreten ist auf H I, von hier, wieder nach Auftreten einer leichten Trübung, auf H II übergeimpft und auf diese Weise eine Colireinkultur erhalten.

Die Erklärung dieser Resultate geht aus Versuch 11 hervor. Hier legte ich nämlich neben der Mischkultur noch eine Reinkultur von Staph. aureus im Urin an; und hier ergab sich nun, daſs am 1. Tage nach der Impfung der Urin noch vollständig klar und sauer war. Erst am 3. Tage war eine Trübung und eine deutliche alkalische Reaktion aufgetreten. Nach 28 Tagen wurde 1 Öse auf sauern, sterilen Urin gebracht, welcher noch nach 6 Tagen vollständig klar und sauer war, ein Zeichen, daſs die Staphylokokken untergegangen waren. Aus diesem ist nun deutlich ersichtlich, daſs die in den vorhergehenden Versuchen erhaltenen Colireinkulturen nicht auf einem Antagonismus zwischen Bacterium coli und Staphylococcus aureus beruhen, sondern daſs in dem einen Falle, nämlich bei der frühzeitigen Überimpfung, die Staphylokokken noch nicht gewachsen waren, in dem andern Falle, bei der sehr späten Überimpfung, die Staphylokokken untergegangen waren, ohne daſs jedoch hierbei die Anwesenheit der Colibazillen eine Rolle gespielt hätte. Auch die Colibazillen gehen nach einiger Zeit, welche natürlich von der Menge des Urins abhängig ist, in Ermangelung genügenden Nährmaterials, unter. In Versuch 7 z. B. sind nach 29 Tagen keine Colibazillen mehr nachweisbar.

Ganz dieselben Resultate ergaben die Versuche mit Staphylococcus citreus und Staphylococcus albus, weshalb ich hier nicht näher auf dieselben eingehen will.

Anders ist das Verhältnis der Streptokokken zu den Colibazillen. In Versuch 4 werden in einer 11 Tage alten, in Urin angelegten Mischkultur nur noch Colibazillen gefunden. Auch in Versuch 12 gehen die Streptokokken in der Mischkultur N schon nach 6 Tagen unter. Selbst bei mehrmaligem Überimpfen auf frischen Urin, wodurch die Kokken und Bazillen wieder auf neuen Nährboden gelangen, und bei welcher Methode sich, wie wir gesehen haben, die Staphylokokken lange Zeit erhalten, gehen die Streptokokken schon nach zweimaliger Impfung (von N auf N I und von N I auf N II 2) im Verlauf von 9 Tagen unter. In einer zur Kontrolle in Urin angelegten Streptokokkenreinkultur hingegen bleiben diese bis zum 25. Tage erhalten. Hier scheint also entschieden ein nachteiliger Einfluſs der Colibazillen auf das Wachstum der Streptokokken zu bestehen.

Umgekehrt verhält sich Proteus vulgaris. Auch hier kann allerdings in Versuch 8 durch sofortige Überimpfung nach entstandener Trübung eine Colireinkultur hergestellt werden. Betrachtet man aber die Mischkultur J weiter, so nimmt man eine Abnahme der Colibazillen zu Gunsten von Proteus wahr, bis schlieſslich nach 23 Tagen bei Impfung auf J I 4 gar nichts mehr aufgeht.

Von J I 3 wird jedoch durch zweimaliges Überimpfen auf frischen Urin nach 6 Tagen eine Proteusreinkultur erhalten.

Ganz ähnlich sind die Verhältnisse in Versuch 14. Hier wird die Mischkultur Q nach 18 Tagen zur Proteusreinkultur. Durch zweimaliges Überimpfen von Q I 2 bis zu Q II 2 b haben nach 13 Tagen die Colibazillen so abgenommen, daſs sie in einem aus dem Urin hergestellten Präparat nicht mehr nachweisbar sind. Ihre Anwesenheit ist nur noch mittels eines Agarstrichpräparates festzustellen, indem auf diesem an einer Stelle eine typische Colikultur aufgeht. Hingegen ist Proteus in groſser Zahl vorhanden.

Aus diesen Versuchen ist also der Antagonismus zwischen Proteus vulgaris und Bacterium coli zu Gunsten des ersteren deutlich zu erkennen.

Auffallend ist auf den ersten Blick die Differenz der Ergebnisse der klinischen Untersuchungen und der Reagenzglasversuche in Bezug auf die Staphylokokken. Während bei den ersteren eine starke Abnahme, oder ein vollständiges Untergehen der Staphylokokken stattfindet, bleiben sie bei den letzteren neben dem Bact. coli bestehen, obschon in beiden Fällen neuer Urin, also auch neues Nährmaterial hinzukommt.

Meiner Ansicht nach ist aber das Untergehen der Staphylokokken in der Blase auf die Therapie zurückzuführen. Einesteils sind die Staphylokokken vielleicht weniger widerstandsfähig gegen die angewandten Desinfizientien als die Colibazillen. Andernteils aber haben sie, ihres langsamen Wachstums wegen, bei täglich ausgeführten Blasenspülungen nicht mehr Zeit, sich genügend zu vermehren, und gehen deshalb allmählich unter; während die Colibazillen mit ihrem schnellen Wachstum in kurzer Zeit wieder in grofser Menge vorhanden sind, wodurch ihre Ausrottung viel schwieriger wird.

Fassen wir nun das Resultat der Untersuchungen kurz zusammen, so ergeben sich folgende Schlufssätze:

1. Es ist kein Antagonismus vorhanden zwischen Bacterium coli und den Staphylokokken.

2. Hingegen ist Antagonismus vorhanden zwischen Bacterium coli und den Streptokokken zu Gunsten des ersteren, und zwischen Bacterium coli und Proteus vulgaris Hauser zu Gunsten des letzteren.

In Bezug auf die Resultate Rovsings nun stimmen die meinen, trotz vielen und auf verschiedene Arten ausgeführten Versuchen, mit den drei Staphylococcusarten im ersten Punkt nicht mit diesen überein, während sie bezüglich des Antagonismus der andern Mikroben zu Bacterium coli denjenigen Rovsings entsprechen.

Die hier angegebenen bakteriologischen Untersuchungen führte ich im Laboratorium von Herrn Prof. Dr. Emil Burckhardt aus. Ebenso wurden mir von ihm in freundlichster Weise die hier angeführten Krankengeschichten zur Verfügung gestellt.

Die bakteriologischen Untersuchungen der Fälle wurden seit Jahren von Herrn Dr. Fritz Suter aufgezeichnet und mir für meine Arbeit gütigst überlassen.

Es sei mir gestattet, an dieser Stelle Herrn Prof. Emil Burckhardt und Herrn Dr. F. Suter für die bereitwillige Unterstützung und die gütige Überlassung des Materials meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Rovsing, Die Blasenentzündungen, ihre Ätiologie, Pathogenese und Behandlung. Berlin 1890.

2. Rovsing, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infekt. Krankheiten der Harnorgane. 1898.

3. Albarran u. Hallé, Note sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire. Semaine méd. 1888.

4. Morelle, Etude bactériologique sur les cystites. Extrait de la revue „la cellule". T. VII, 2 fascicule. 1891.

5. Krogius, Recherche bact. sur l'infection urinaire. Helsingfors 1892.

6. Denys, Etudes sur les infections urinaires. Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique 1892 T. VI, No. 1, pag. 114.

7. Melchior, Cystite et infection urinaire. Paris 1895.

8. Maxwell and Clark, The relation of bacillus coli communis to other organisms in the urin. Brit. medical Journal 1899, pag. 1473.

9. C. F. Bloch, Et Indlaeg in Spørgsmaalet om „Bacterium coli's Antagonisme mod de øvrige Urinbakterier". Hospitalstidende, 42. Aargang, No. 34. 1899.

10. E. Tano, Über die bakteriolog. Untersuchungen der Urethralfilamente bei der Urethritis chronica männlichen Geschlechts. Inaugural-Dissertation. Freiburg im Breisgau 1896.

11. M. Melchior, Die Bedeutung des Bact. coli für die Pathologie der Harnwege. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1897, Bd. 8.

Litteraturbericht.

I. Erkrankungen der Harnblase und der Harnleiter.

Le rôle des microbes anaérobies dans l'infection urinaire. Von J. Albarran und J. Cottet. (La Presse méd. 1903, S. 85.)

Die beiden Autoren, die bereits mehrere Arbeiten über diesen Gegenstand veröffentlicht haben, geben eine neue Zusammenstellung ihrer Resultate. Sie fanden: bei 10 Kranken mit renalen und perirenalen Eiterungen (3 Tuberkulose, 6 Pyonephrose, 1 perinephritischer Abscefs) 1 mal nur Anaërobien, 2 mal nur Aërobien und 3 mal ein Gemisch beider; in 4 Fällen von Cystitis chronica 2 mal Anaërobien, 1 mal vorwiegend Anaërobien und 1 mal nur Aërobien; in 5 Fällen von Prostataabscefs 1 mal Anaërobien (Fall von Prostatitis und Periprostatitis), 1 mal vorwiegend Anaërobien und 3 mal nur Aërobien, wovon 1 mal Gonokokken in Reinkultur; in 25 Fällen von Urinabscefs und Urininfiltration 7 mal nur Anaërobien, 16 mal zusammen mit Aërobien und 2 mal nur Aërobien; in einem Falle von Allgemeininfektion, ausgehend von einem Urinabscefs, wurde in einem metastatischen Herde im r. Bein nur ein Anaërobier gefunden. Folgende Formen von anaërobien Bakterien wurden gefunden: Micrococcus foetidus (Veillon) 11 mal, Diplococcus reniformis (Cottet) 10 mal, Bacillus fragilis (Veillon-Zuber) 7 mal, Bacill. funduliformis (J. Hallé) 4 mal, Staphylococc. parvulus (Veillon-Zuber) 4 mal, Bacill. nebulosus (J. Hallé) 2 mal, Bacill. bifid. (H. Tissier), Bacill. perfringens (Veillon-Zuber), Bacill. ramosus (Veillon-Zuber) und Bacill. fusiformis (Veillon-Zuber) je 1 mal. Welche Rolle klinisch die Anaërobier bei diesen Infektionen spielen, ist noch nicht festgestellt. Indes sind die Erscheinungen der Gangrän und Verjauchung vorwiegend an die Anwesenheit von Anaërobiern geknüpft.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Présence du bacille d'Éberth dans l'urine des thyphoïdiques guéris. Von H. Vincent. (Soc. de biol., 14. März 1903)

V. fand diesen Bacillus bei 19 von 100 Typhuskranken. Bei 2 Patienten hat er ihn noch 19 resp. 37 Tage nach der Heilung beobachtet. Mehrfach konnte er dabei Blasenepithelien im Urin nachweisen. Wenn diese Mikrobien auch im Nierenbecken und den Ureteren vorkommen können, so ist doch die Blase gewissermafsen ihr Nährboden, der ihnen die günstigsten Bedingungen zum Aufenthalt und zu einer Vermehrung darbietet. Durch blofse Ausspülung der Blase mit Permanganat konnte V. diese Bakteriurie bei einem Kranken beseitigen. Ebenso wirkt eine Änderung der Reaktion des Nährbodens, daher verschwinden sie nach Auftreten einer hämorrhagischen Cystitis.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über das Erscheinen von Typhusbazillen im Urin. Von J. Jacobi. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LXXX.)

Bei 35 Typhusfällen fand Verf. 7mal Bazillen und gleichzeitig auch eine Albuminurie. Die Bazillen traten meist in der 2. und 3. Krankheitswoche auf, einmal bereits am 8. Tage. Sämtliche 7 Fälle gingen in Heilung über. Für die Prognose ist das Vorhandensein von Bazillen nicht verwendbar, wichtig aber für die Prophylaxe; der Urin mufs in gleicher Weise wie die Faeces desinzfiiert werden.

Dreysel-Leipzig.

Entérite et bactériurie. Von Janet. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 3.)

Die Bakteriurie beruht auf verschiedenen Ursachen und erfordert dementsprechend eine verschiedene Therapie. Die Ursachen sind entweder äufsere, die Infektion erfolgt durch Einschleppung von Bakterien von aufsen her, oder sie sind innere. Unter letzteren sind wieder zwei Unterarten unterschieden: Entweder die Bakterien werden durch direkten Kontakt von einem infizierten Nachbarorgan her in die Blase eingeschleppt, von der Prostata, den Samenblasen oder der Urethra aus, oder aber die Infektion erfolgt durch Vermittlung des Blutkreislaufes. Letzteres kann geschehen bei manchen Allgemeininfektionen, so besonders beim Typhus, aber auch bei lokalisierten Infektionen irgend welcher Organe. So hat Verf. oft bei Darmerkrankungen eine Bakteriurie entstehen sehen. Er meint, dafs bei vielen hartnäckigen und leicht recidivierenden Fällen von Bakteriurie in einem Darmleiden die Ursache liegt. Er führt eine Reihe von Beobachtungen an, bei denen erst nach Behandlung des erkrankten Darmes durch Spülungen und diätetische Mafsnahmen die Bakteriurie durch Urotropin dauernd beseitigt werden konnte.

Schlodtmann-Berlin.

Bilharzia. Von Duncan. (Brit. Med. Journ. April 4, 1903.)

D. berichtete in der Clinical Soc. of London über folgenden Fall: Ein 30jähriger Soldat erkrankte während des südafrikanischen Feldzugs an Schmerzen und Harndrang. Einen Monat später, nach seiner Rückkehr nach England, trat auch Blut im Urin auf. Bei der Untersuchung des letzteren fand man Bilharziaeier. Aufserdem fanden sich um den Anus drei papillomatöse Geschwülste, welche Bilharziaeier enthielten. Die Behandlung mit Methylenblau und Nebennierenextrakt war bisher ohne Erfolg geblieben. von Hofmann-Wien.

Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Cystitis und der Blasentumoren bei Bilharziakrankheit. Von Dr. C. Goebel. [Aus dem Diakonissenhospital in Alexandrien.] (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 66. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Die Bilharzia haematobia bewirkt bekanntlich durch ihre Anwesenheit in den Gefäfsen des Urogenitaltraktus am häufigsten Cystitis bis zu den schwersten Graden, weiter Urethritis mit sekundären Strikturen und

Perinealfisteln. Die Urethritis ist meist lokalisiert in der Pars prostatica. Weitere Folgen sind Ureteritis, teils durch Stauung des Urins, teils durch Invasion der Mucosa durch Eier; in hochgradigen Fällen Hydro- und Pyonephrose.

Bei über 50 Steinoperationen konnte G. nur zweimal keine Eier nachweisen.

Was die Behandlung der Bilharziacystitis anbetrifft, konnte Verf. in leichten Fällen nur vom Salol und Urotropin einerseits, von roborierenden Mitteln (Eisen, Nux vomica, Chinin) andrerseits, verbunden mit mehr oder weniger strenger Milchdiät, einigen Erfolg sehen. Blasenspülungen reizen oft mehr, als sie nützen.

An der Hand von 3 Tabellen giebt uns G. seine Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Bilharziacystitis und der mit Bilharzia vereinten Tumoren der Blase.

Pathologisch-anatomisch unterscheidet Autor streng: 1. Granulationsgeschwülste und 2. wahre Tumoren (Sarkome und Carcinome); der Form nach infiltrierende und polypöse. Vom operativen Gesichtspunkte aus sind die Bilharziatumoren, abgesehen von der Frage der Malignität, in 3 Kategorien zu teilen:

1. Tumoren des Trigonum und der Gegend des Orific. int. urethrae.
2. Tumoren des Vertex der Scheide.
3. Tumoren, welche die ganze Blase einnehmen und so gut wie kein Stück der Schleimhautoberfläche freilassen.

G. kommt zu folgenden Schlufsfolgerungen:

1. Bei schweren Formen der Bilharziacystitis ist die Sectio alta und Auskratzung der Blase ein palliatives Heilmittel, das die Kranken von ihren quälenden Symptomen befreit und wieder arbeitsfähig macht.
2. Bei den Bilharziatumoren ist die Sectio alta stets indiziert, da sie die Kranken ohne weiteres von ihren hochgradigen Beschwerden befreit und der Schaden einer bleibenden Fistel gegenüber den Qualen des Kranken gering anzuschlagen ist.

S. Jacoby-Berlin.

Über die Wirkung des Urotropin. Von A. Goetzel und G. Salus. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XLV, Heft 5 und 6.)

Die Arbeit der Verff. stellt eine klinische Studie über das Urotropin und dessen Ausscheidung dar. Das Medikament wird in Dosen von 1,25 g täglich gut vertragen. Eine deutliche Reaktion auf Urotropin ist bei frischem Urin häufig nicht zu erhalten. In der therapeutischen Wirkung konnten Verff. einen merklichen Unterschied bei verschiedener Reaktion des Urins nicht konstatieren. Sie halten das Urotropin für ein wichtiges und wertvolles Antiseptikum. Das Ausbleiben der Wirkung liegt meist an zu kleinen Dosen.

Dreysel-Leipzig.

Zur Ätiologie der Bauchblasengenitalspalte. Von Dr. Ph. Bockenheimer (Chirurg. Universitätsklinik v. Bergmann). (Archiv f. klin. Chirurgie 69. Bd., III. Heft.)

B. schildert unter Beifügung ausgezeichneter Abbildungen das typische Bild einer Mifsbildung, die man als Bauchblasendarmgenitalspalte oder

Fissura vesico-abdominalis bezeichnet hat, eine Mifsbildung, die Herrgott bei 700 000 Geburten 7 mal fand und die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das weibliche Geschlecht betrifft. Das beobachtete Kind kam 3 Tage nach der Geburt in die Klinik und starb 4 Tage nach der Aufnahme.

Besonders hervorzuheben ist die hochgradige Deformität an der linken unteren Extremität und die Lage des Scrotums, die dem Autor einen Anhaltspunkt für die Ätiologie des von ihm beschriebenen Falles geben. B. vermutet daher, dafs es sich in seinem Falle nicht um eine Hemmungsbildung handele, sondern, dafs vielleicht äufsere Ursachen auf die vorher normale und bereits vollendete Anlage eingewirkt hatten.

S. Jacoby-Berlin.

Fall von Ectopia vesicae stellte Brandt in der Ärztl.-naturwissenschaftl. Sekt. d. Siebenbürg. Museums-Vereins (10. Mai 1902) vor, bei welchem er seit $1^1/_2$ Jahren Heilung durch Implantation der Ureteren ins S. romanum erzielt hatte, während zweimalige Transplantation sowie eine Osteotomie am Schambogen resultatlos verlaufen waren.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Fall von Ectopia vesicae stellte Wieck in der „Freien Vereinigung d. Chirurgen Berlins“ am 8./XII. 02. vor; frühere Versuche, das Leiden bei dem Kinde zu heilen, waren vergeblich gewesen. Es wurde die Blase exstirpiert und die Ureteren mit einem Stück Blasenwand in das Colon descendens inplantiert. Die Funktion ist seit $1^1/_2$ Jahren gut.

Ebenda zeigte Krause das Präparat eines malignen Blasentumors, bei dem er die ganze Blase exstirpiert und die Ureteren ohne ihre Blasemündung in die Flexura iliaca implantiert hatte. Der Tod erfolgte später an Ileus und die Sektion ergab schwere pyelonephritische Veränderungen beider Nieren.

Paul Cohn-Berlin.

La vessie double. Von Cathelin und Sempé. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 5.)

Die Studie ist gemacht im Anschlufs an die Untersuchung eines Stückes aus dem Museum des Hospitals Necker, wobei es sich um eine thatsächlich doppelte Blase handelt. Die Fälle der Litteratur sind nicht alle sicher, bei vielen handelt es sich wohl nur um Divertikelbildung. Verff. präzisieren den Unterschied zwischen Divertikel und doppelter Blase. Bei 15 Fällen der Litteratur handelte es sich sicher um doppelte Blasenbildung. Zuletzt geben Verff. eine embryologische Untersuchung, die zu keinem sicheren Resultate führt. Doch scheint es, dafs ursprünglich eine doppelte Anlage der Allantois existiert, womit die doppelte Blase eine genügende Erklärung fände.

Schlodtmann-Berlin.

Ein Fall von hartnäckiger Incontinentia urinae durch Paraffininjektion geheilt. Von Hock. (Prager med. Wochenschr. Nr. 6, 1903.)

Die Patientin, ein 23 jähriges Mädchen, hatte sich vor 7 Jahren eine Haarnadel in die Harnröhre eingeführt. Aus letzterer war 4 Monate

später ein grofser Stein entfernt worden. Seither besteht Inkontinenz, weshalb die Patientin schon 3 mal operiert worden war, ohne dafs ein Erfolg erzielt worden wäre. H. nahm zunächst eine Torsion der Harnröhre nach Gersuny vor, worauf sich der Zustand nur wenig besserte. Es wurden daher 6 g Paraffin in die Gegend des Blasenhalses injiziert, worauf deutliche Besserung und nach einer 5 Wochen später vorgenommenen Injektion von weiteren 5 g Heilung eintrat. Später wurden wegen geringer Inkontinenz noch 2 mal je 4 g Paraffin injiziert. Jetzt nach $1^1/_2$ Jahren ist die Patientin kontinent, nur hier und da kommt es zu unbedeutendem Harnträufeln. von Hofmann-Wien.

Teleangiektasie der Blase. Von A. Berliner. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1902, Juli.)

Verf. berichtet über einen Fall von Teleangiektasie der Blase bei einem 11 jährigen Mädchen, das von Zeit zu Zeit blutigen Urin entleerte. Am rechten Labium majus war ein Angiom vorhanden. Die Diagnose wurde mittels des Cystoskopes gestellt. Heilung durch Kauterisation nach hohem Steinschnitt. Später trat ein Recidiv der Hämaturie auf, das aber auf einen Blasenstein zurückzuführen war. Nach Beseitigung des Steines trat dauernde Heilung ein.

Die Teleangiektasie der Blase ist eine lebensgefährliche Erkrankung, aber leicht durch eine Operation zu beseitigen.

Dreysel-Leipzig.

Des conditions de l'intervention dans la chirurgie urinaire. Von Guyon. (Annal. des malad. des organ. gén.-urin. 1902, No 13.)

Zu Beginn des Studienjahres hält Guyon eine Vorlesung über obiges Thema. In der ihm eigenen klaren Ausdrucksweise rekapituliert er das von ihm oft und eingehend bearbeitete Gebiet der Infektion der Harnkranken, die Indikationen und die segensreichen Erfolge der richtig angewandten chirurgischen Eingriffe sowie die dringend notwendigen Vorsichtsmafsregeln, die bei allen Eingriffen an Harnkranken peinlichst zu befolgen sind. Schlodtmann-Berlin.

Case of ruptured urinary bladder, operation and recovery. Von Lawrie. (Brit. Med. Journ. Febr. 28, 1903.)

Die 29 jährige Patientin war zu Boden geworfen worden. Sie konnte daraufhin zwar nach Hause gehen, klagte aber über Schmerzen im Unterleib und konnte seitdem nicht mehr urinieren. Mit dem Katheter konnte nur wenig blutiger Urin entleert werden. Da sich der Zustand nicht besserte, wurde am 3. Tage nach der Verletzung die Operation vorgenommen. Man fand im Cavum Retzii etwa $1^1/_2$ Liter urinöser Flüssigkeit und an der vorderen Fläche der Blase einen für 3 Finger durchgängigen extraperitoneal sitzenden Rifs. Da wegen Kollaps die Patientin nicht weiter operiert werden konnte, wurde die Blase drainiert. Nach 14 Tagen wurde der Blasenrifs vernäht und der Verweilkatheter eingelegt. Die Abdominalwunde wurde offen gelassen und erst in einer

3. Sitzung, 6 Wochen später, vernäht, doch hielt die Naht nicht und erst in weiteren 4 Wochen konnte die Abdominalwunde definitiv geschlossen werden. Die Heilung war mehrfach durch septische Erscheinungen gestört. von Hofmann-Wien.

Intraperitoneal rupture of the bladder: operation two days after: recovery. Von Blumer. (Brit. Med. Journ. April 4, 1903.)

Der 35 jährige Patient war von einem 10 Fuſs hohen Dache heruntergefallen. Er konnte unmittelbar nachher aufstehen und nach Hause gehen. Bald nach der Verletzung wurde er vom Arzte katheterisiert, doch wurde nur sehr wenig blutiger Urin entleert. Da der Patient spontan nicht urinieren konnte, und Schmerzen auftraten, erfolgte die Aufnahme in das Krankenhaus, wo 2 Tage nach der Verletzung die Laparotomie vorgenommen wurde. Der Riſs, welcher an der hinteren Blasenwand saſs, wurde vernäht. Drainage. Vollständige Heilung nach 2 Monaten. von Hofmann-Wien.

Suprapubic cystotomy. Von Scott. (Brit. Med. Journ. Febr. 14, 1903.)

S. entfernte einem 5 jährigen Knaben einen 55 g schweren Stein aus der Pars prostatica durch Sectio alta. von Hofmann-Wien.

Über Spontanfraktur der Blasensteine. Von Kapsammer. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18, 1903.)

Einem 74 jährigen Herrn war bereits je einmal die Litholapaxie und die Sectio alta ausgeführt worden. Es traten jedoch bald wieder sehr heftige Steinbeschwerden auf, welche die Sectio alta notwendig machten. Bei derselben entfernte K. aus der Blase 49 Steintrümmer, aus denen sich 10 komplette fazettierte Uralsteine zusammensetzen lieſsen. Da alle Steine mit einer gewissen Gesetzmäſsigkeit zersprungen waren, glaubt K., daſs dies nur durch eine mechanische Ursache, nämlich heftige Kontraktionen der Blase zustande gekommen sein könne. Eine derartige Rekonstruktion spontan zertrümmerter Blasensteine aus den Trümmern ist in der Litteratur nur 5 mal beschrieben.

Bei der Diskussion berichtet Englisch über 2 weitere Fälle von Spontanzertrümmerung von Uralsteinen. von Hofmann-Wien.

2. Erkrankungen der Prostata.

Beiträge zur Pathologie der Prostata. Von Eugen Remete. (Gyógyászat 1902, Nr. 49.)

In der königl. Ärzte-Gesellschaft zu Budapest stellt R. zwei interessante Fälle von einseitiger Prostatainvolution vor, welche zufolge von vor Jahren ausgeführten einseitigen Kastrationen in den entsprechenden Prostatahälften zustande gekommen ist. Die eine Kastration bezieht sich auf ein 44 jähriges Individuum, bei welchem zufolge Trauma der

rechte Hoden reseziert worden ist und wo nicht nur in der entsprechenden Prostatahälfte das ganze Drüsengewebe bei rektaler Untersuchung zu vermissen ist, während die andere Seite gut entwickelt erscheint, sondern wo diese Rückbildungserscheinungen selbst auf die urethralen Anteile ausgedehnt erscheinen, wie dies endoskopisch nachgewiesen werden konnte. Bei einem andern, älteren Manne wurde zufolge Tumor (Sarkom?) der linke Hoden exstirpiert und hier ist bei sehr namhafter Involution der entsprechenden linken Prostatahälfte rechts sogar eine deutliche Hypertrophie mit klinischen Erscheinungen zu konstatieren.

Die Beurteilung dieser konsekutiven Erscheinungen der einseitigen Kastration, abgeleitet aus dem engen physiologischen Verhältnisse zwischen Hoden und Prostata und angewendet auf die sogenannten sexuellen Operationen, veranlassen hieran folgende Behauptungen anzuknüpfen, welche durch die klinischen Erfahrungen des Autors erhärtet erscheinen: „Während die Kastration (oder deren Ersatzoperationen) auf die normale Drüse einen entschiedenen Einfluſs hat, kann dies doch nicht ebenso für das pathologisch oder degenerativ veränderte Gewebe gelten, welches dieses Involutionsprozeſses gar nicht fähig ist. Die positiven Resultate der sog. sexuellen Operationen stellen sich hauptsächlich dort hin, wo noch normale, also funktionsfähige Drüsenelemente vorhanden sind und eben dort können diese Folgen mit Bezug auf Centralnervensystem oder Gesamtorganismus auch verhängnisvoll werden.“

Es ist also anzuraten, daſs man dort, wo die Prostatahypertrophie ihre schweren Folgeübel durch die mechanische Behinderung des Urinabflusses bedingt, je nach den Indikationen nach Bottini operiere oder eine der Prostatatektomien ausführe. Feleki-Budapest.

Die Prostatitis und ihre Behandlung. Von Dr. M. Porosz-Budapest. (Monatsberichte f. Urologie 1903, VIII. Bd., 2. Heft.)

Eine Prostatitis wird, abgesehen von ihren subjektiven Symptomen, diagnostiziert durch Palpation und Mikroskopie. Die Angaben der Lehrbücher, daſs bei akuter Prostatitis in dem ausgepreſsten Sekret viele Gonokokken zu finden sind, bestätigen sich nicht. Nach Untersuchung mehrerer Gesichtsfelder kann sich nur je eine Gruppe von Gonokokken finden, deren urethraler Ursprung zudem nicht ganz ausgeschlossen ist. Bei chronischer Prostatitis war der Befund sehr oft negativ. Die beste Heilmethode ist die Massage. Anstatt der zu groben Fingermassage wendet Verf. die Faradisation der Prostata an vermittelst seiner Rektalelektrode. Nach jedesmaliger Bestreichung beider Lappen wird der Strom unterbrochen, so daſs Ruhe und Aktion miteinander abwechseln, wodurch der Inhalt ausgepreſst und die Thätigkeit der kranken Muskulatur gehoben wird. Darauf folgt eine Einspritzung von $^1/_2$—2% Arg. nitr.-Lösung mit dem Guyonkatheter. Um gleichzeitig die anästhesierende und antiphlogistische Wirkung des kalten Wassers zu verwenden, hat Verf. den Winternitzschen Rektalkühler zur Elektrode umgewandelt.

Hentschel-Dresden.



Sur les déformations de l'urèthre dans l'hypertrophie de la prostate: nouvelle sonde pour le cathétérisme des prostatiques. Von Bartina. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 6.).

Durch die Hypertrophie der Seitenlappen wird die Urethra seitlich abgeplattet. Eine solche Abplattung soll nach Verf. in den meisten Fällen von Prostatahypertrophie bestehen und die bekannte Verkrümmung der Urethra komplizieren. Verf. hat deshalb einen Katheter mit Mercier-Krümmung anfertigen lassen, der seitlich abgeplattet ist, womit der Katheterismus in schwierigen Fällen leicht gelingen soll. So konnte z. B. in einem Falle, in welchem ein gewöhnlicher Katheter Nr. 14 nicht passierte, der abgeplattete Katheter Nr. 24 leicht eingeführt werden. Die Breite des abgeplatteten Katheters beträgt etwas mehr als die Hälfte der Höhe. Es gelingt also auf diese Weise, Instrumente von gröfserem Lumen, als es mit runden Instrumenten möglich ist, einzuführen.

Schlodtmann-Berlin.

Einen Fall von Bottinischer Operation wegen Retentio incompleta chronica stellte Scharf im wissenschaftl. Verein der Ärzte Stettins vor (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 9.)

Der 60 jährige Patient litt sehr unter dem häufigen schmerzhaften Harndrange und der renitenten Cystitis. Jetzt nach Verlauf von zwei Jahren nach der Operation entleert er seine Blase wie ein Gesunder, das Bedürfnis der Miktion stellt sich viermal am Tage ein, Nachts garnicht; seit einem Jahre ist kein Katheter eingeführt worden. Patient ist nach Ansicht des Vortr. vor der Gefahr der vorzeitigen Invalidität durch die Operation bewahrt geblieben. Paul Cohn-Berlin.

Bemerkungen zur Technik der Bottinischen Operation. Von H. Lohnstein (Berlin). (Monatsberichte f. Urologie 1903, VIII. Bd., 1. Heft.)

Einwände des Verfs. gegen eine von Jakoby angegebene Vorrichtung, die es ermöglichen soll, den Bottinischen Incisor in denselben Winkel einzustellen, in dem das Cystoskop bei der der Incision vorangegangenen Untersuchung eingestellt war. Um bei der verschiedenen Form, Gröfse und Konsistenz des hypertrophischen Mittellappens jedesmal ein sicheres Anhaken zu erreichen, empfiehlt Verf., 2—3 verschieden lange Schnabelenden bereit zu halten, welche je nach Bedarf an die Stahlschiene des Incisors angeschraubt werden können. In bisher 4 Fällen leistete diese neue Form gute Dienste. Hentschel-Dresden.

Erwiderung zu H. Lohnsteins Bemerkungen zur Technik der Bottinischen Operation in Nr. 1 dieser Zeitschrift. Von Dr. S. Jakoby-Berlin. (Monatsbericht f. Urologie 1903, VIII. Bd. 3. Heft.)

Gegenüber den Einwänden Lohnsteins hält Jakoby seine in Nr. 38 der „Deutschen med. Wochenschr.“ niedergelegten Ausführungen aufrecht.

Schlufsbemerkung zur Erwiderung Jakobys. Von H. Lohnstein. (Monatsberichte f. Urologie 1903, VIII. Bd., 3. Heft.)

Betrifft technische Einzelheiten bei Anwendung des Incisors.

Hentschel-Dresden.

Enlarged prostate. Prostatectomie. Von H. Morton. (Soc. of Dermatology and Genito-Urinary Surg. Stated Meeting, 1902, 14. Nov.)

Der 74jährige Kranke M.s hatte seit einem Jahre Beschwerden beim Urinieren; 2 Tage vorher war komplette Retention vorhanden gewesen. Die Prostata war weich, von der Gröfse einer Zitrone. Prostatektomie nach der Methode von Bryson. Drainage der Blase eine Woche hindurch. Gute Heilung. Drei Wochen später konnte der Kranke den Urin 3—4 Stunden anhalten; die perineale Wunde war zu dieser Zeit noch offen.

Dreysel-Leipzig.

Case of Freyers Operation. Von Watkins. (Brit. Med. Journ. Febr. 28, 1903.)

Es handelte sich um einen 60 jährigen Patienten mit kompletter Urinretention. W. enukleierte nach Freyers Methode die Prostata. Heilung mit 50—80 ccm Residualharn. Die enukleierte Prostata wog circa 70 g.

von Hofmann-Wien.

Treatment of senile hypertrophy of the prostate. Von R. F. Tobin. (Dublin. Journ. of Med. Science 1902, Sept.)

T. unterscheidet klinisch und pathologisch-anatomisch zwei Arten von Prostatahypertrophie: 1. Fälle mit wahrer Hypertrophie der Drüse und Vermehrung ihrer Funktion, 2. Fälle mit Vergröfserung infolge adenomatöser oder anderer, nicht maligner, Wucherung mit Zugrundegehen des normalen Drüsengewebes. Bei der ersteren Form ist die Vasektomie oder Orchidektomie wirksam, bei der zweiten stellt die Enucleation der Drüse nach Freyer die beste Behandlungsmethode dar.

Dreysel-Leipzig.

I. Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire. II. Tuberculose de l'urèthre postérieur, de la prostate et des vésicules séminales. Von Hallé und Motz. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 7, 8.)

Aus der fortlaufenden Serie von Untersuchungen über Urogenitaltuberkulose ist diesmal die Tuberkulose der Pars membranacea urethrae, der Pars prostatica, der Prostata und der Samenblasen behandelt. Da die Studien an Präparaten aus dem Museum des Hôpital Necker gemacht wurden, die bei der Autopsie von Individuen gewonnen wurden, bei denen die Urogenitaltuberkulose zum Exitus führte, so handelt es sich fast nur um sehr schwere Formen dieser Erkrankung. In der Pars membranacea findet man häufige Läsionen von meist ulcerösem Charakter. Die Littréschen Drüsen können ebenfalls erkranken und zu periurethralen Prozessen und totaler Zerstörung mit Kavernenbildung führen. Eventuell kann es auch zu narbigen Strikturen kommen. In der Pars prostatica



kommen isolierte Erkrankungen selten vor, dieselben stehen vielmehr in innigem Zusammenhange mit den Läsionen der Prostata und Samenblasen. Eine Prädilektionsstelle bildet, wie schon von anderer Seite endoskopisch festgestellt wurde, der Colliculus seminalis und seine Umgebung. Das wichtigste Kapitel behandelt die Tuberkulose der Prostata, welche durch ihre Beziehung zur Urethra sowie zu den Ductus ejaculatorii einer doppelten Infektionsquelle ausgesetzt ist; sowohl von den Nieren als von den Testikeln her kann die Infektion erfolgen, welcher sich bei der glandulären Striktur der Prostata der geeignetste Boden bietet. Nacheinander sind folgende 5 Formen von Prostatatuberkulose ausführlich beschrieben: 1. Kleine Knötchenbildung als Anfangsstadium. 2. Grofse Knoten, die sich entweder im Zustande derber Infiltration oder der Erweichung oder fibröser Einkapselung resp. fibröser Induration befinden. 3. Eingekapselte Abscesse. 4. Tuberkulöse Kavernen, die sich in der Regel nach der Urethra öffnen. 5. Eine besondere Form diffuser, käsiger und nekrotischer Infiltration.

Bei den Samenblasen handelt es sich gewöhnlich um ausgedehnte Infiltrationen, die zu fibröser Einkapselung und Atrophie des Organs oder zur Erweichung und Kavernenbildung führen. In den schwersten Fällen wird die ganze Pars prostatica urethrae samt Prostata und Samenblasen zerstört und in eine einzige grofse Kaverne umgewandelt; es handelt sich dann oft um eine kolossale prävesikale oder vielmehr subvesikale Kaverne, die bis 60 ccm Flüssigkeit fassen kann. Sehr interessant sind dienäher studierten Beziehungen solcher Kavernen zur Blase und Urethra. Im letzten Abschnitt der Arbeit werden Pathogenese, Prognose, Diagnose und Therapie abgehandelt. Es scheint erwiesen, dafs die Infektion sowohl durch die Blutbahn als direkt auf dem Harnwege oder durch die Ductus ejaculatorii erfolgen kann. Prognostisch ist wichtig, dafs gar nicht selten spontane Ausheilung durch fibröse Einkapselung und fibröse Induration erfolgen kann. Selbst nach erfolgter Kavernenbildung ist Heilung noch möglich. Von sehr verhängnisvoller Bedeutung scheint eine hinzutretende Sekundärinfektion zu sein. Vor chirurgischen Eingriffen im Anfangsstadium ist daher zu warnen, man wird dadurch wenig nützen, oft aber durch eine Sekundärinfektion schaden. Indiziert sind chirurgische Eingriffe nur bei vorgeschrittenen käsigen und kavernösen Prozessen, die spontan nicht mehr abheilen können, ebenso bei periurethralen Komplikationen, bei Abscessen, Phlegmonen und Fisteln.

Schlodtmann-Berlin.

Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter. Von Dr. Levy. (Aus der Kinderklinik zu München, Chir. Abt. des Prof. Dr. Herzog.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 10.)

Bei einem 4jährigen Knaben, der wegen Harnverhaltung zur Aufnahme gebracht worden war, wurde gelegentlich des vergeblichen Versuches zu katheterisieren konstatiert, dafs am Damm eine halbkugelige, pseudofluktuierende, gänseeigrofse Geschwulst, von unveränderter Haut bedeckt, vorhanden war, die auch vom Mastdarm aus palpiert werden konnte. Hoher Blasenschnitt, 14 Tage später tiefer Blasenschnitt. Rapides

Wachstum und Wucherung der Geschwulstmassen, so dafs 3 Wochen nach der Aufnahme des Kindes die ganze Gegend vom Skrotum bis über den Anus hinaus von einem blumenkohlartig bis zur Höhe von 3 cm über die Umgebung sich erhebenden Tumor eingenommen war. Das Kind ging in kurzer Zeit an Anämie und Kachexie zu grunde. Die Sektion ergab, dafs die Geschwulst, in der Hauptsache als Myxosarkom aufzufassen, von der Prostata seinen Ausgang genommen hatte, und diese selbst vollständig in der Geschwulst aufgegangen war; die Pars prostatica war nicht mehr durchgängig und von der Neubildung destruiert; das ganze kleine Becken war mit Tumormassen ausgefüllt; Wand des Rektum und des Anus waren frei; die retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen waren infiltriert. Die Diagnose der Affektion bei Kindern bietet im allgemeinen keine Schwierigkeiten; nur darf man nicht übersehen, dafs die Rektaluntersuchung allein nicht immer Aufschlufs zu geben vermag. Jesionek-München.

Beitrag zur Symptomatologie des Prostatacarcinoms. Von Dr. Doerfler. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 10.)

Im Hinblick auf die grofse Schwierigkeit der Frühdiagnose eines Prostatacarcinoms verbreitet sich D. über die Krankengeschichte und die Symptome eines höchst eigenartig verlaufenen Falles. Bei einem fast 62jährigen Manne war es zur Entwicklung eines weitausgedehnten Prostatacarcinoms gekommen, das so gut wie keine lokalen Symptome, vor allem keine Störung in der Urinentleerung bewirkt hatte. Die Krankheit hatte begonnen unter dem Bilde einer typischen Periappendicitis; im weiteren Verlaufe standen im Vordergrunde der Erscheinungen Symptome einer intermittierenden Pyelitis resp. Urinstauung im rechten Nierenbecken; dieses Symptom trat nur bei aufrechter Körperhaltung in Geltung und schwand rasch bei Bettruhe. Der Kranke ging im Anschlufs an einen operativen Eingriff unter Anurie zu grunde, und die Sektion ergab als wesentlichen Befund einen Prostatakrebs medullarer Form, der an der Uretereinmündungsstelle in die Blase durchgebrochen war. Dort hat derselbe zu einer Verengerung dieser Mündung geführt und so zu Dilatation des Ureters; in dessen unterem Ende fanden sich kleine Metastasen. Und dieser Tumor hatte keine lokalen Symptome verursacht, wohl aber entzündliche Erscheinungen in der Unterbauchgegend, welche ein periappendicitisches Exsudat vortäuschen konnten; in Erwägung zu ziehen war dabei allerdings, dafs dieses Exsudat, wohl von entzündlichen Vorgängen am Ureter ausgehend, enge angeschmiegt sich erwies an die dem Ureter als Lager dienende Beckenauskleidung. Sehr bemerkenswerte Erscheinungen waren die Symptome der intermittierenden Hydronephrose, der Urinstauung bei aufrechter Körperhaltung; man könnte sich vorstellen, dafs der Prostatatumor bei aufrechter Stellung durch Vorwärtssinken eine Art Klappenverschlufs der in seinem Bereiche liegenden Uretermündung bedingt hat. Jesionek-München.

3. Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen. Von A. v. Notthafft. 3. Auflage, Seitz u. Schauer, München 1903.

Das Notthafftsche Taschenbuch liegt nunmehr in der 3. und zwar vielfach umgearbeiteten Auflage vor. An manchen Stellen, z. B. der allgemeinen Arzneiverordnungslehre, sind Kürzungen eingetreten. Zusätze und Verbesserungen weist vor allem das Kapitel über die Behandlung der Haut- und Harnkrankheiten auf. Die neueren Untersuchungsmethoden der Urologie, die Endoskopie, Kryoskopie, Ureterensondierung, funktionelle Nierendiagnose, ebenso die Bottinische Operation sind in gebührender Weise berücksichtigt worden. — Das Spezialistenverzeichnis, der wundeste Punkt des Taschenbuches, ist gleichfalls einer eingehenden Revision unterzogen worden. Es enthält auch heute noch Lücken und ist nicht ganz einwandsfrei; das liegt in der Natur der Sache und wird sich nie ganz vermeiden lassen; jedenfalls entspricht es allen billigen Anforderungen und bildet einen schätzenswerten Anhang des so überaus handlichen Taschenbuches, das in prägnanter Kürze alles Wissenswerte für Dermatologen und Urologen enthält und wie kaum ein anderes Buch zur raschen Orientierung geeignet ist. Dreysel-Leipzig.

Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege. Von Dr. F. Cathelin-Paris, deutsch von Dr. A. Strauss-Bremen. Verlag von Enke-Stuttgart.

Dem Titel ist nur hinzuzufügen, dafs 50⁰/₀₀ NaCl-lösung zur Injektion gewählt ist. Der Autor ist sichtlich mehr von seinen Erfolgen überzeugt, als er zu überzeugen vermag. Die deutsche Wiedergabe und Druck mit Zeichnungen sehr gelungen. Sedlmayr-Borna.

Die Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten im Deutschen Reiche. Von Dr. Ströhmberg-Jurjew. Verlag v. Enke-Stuttgart.

Der im Kampfe gegen die Schäden der Prostitution hochverdiente Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die Verhältnisse Deutschlands zur Grundlage nehmend, von den verschiedensten Gesichtspunkten aus die einschlägigen Fragen zu besprechen. Hauptsächlich sind die Guttstadtsche Statistik und aus ihr kombinierte Zahlen verwertet.

Wenn auch mancherlei zu Widerspruch anregt, u. a. die Annahme, dafs der biologisch normale der monogame Geschlechtsverkehr sei, ferner die gänzliche Nichtbeachtung der Gesetze grofser Religionsgemeinschaften, wie des Buddhismus, des Islam u. a., dann die recht milde Beurteilung der „naiven Gewohnheiten der Landbevölkerung“ u. dgl., so bietet doch jedes Kapitel des Anregenden viel und der deutsche Leser wird mit Dank anerkennen, wie der russische Kollege so vorurteilsfrei das in Deutschland Erreichte und Erstrebte beurteilt.

Eine farbige Übersichtskarte, die Verseuchung der Städte nach der Guttstadtschen Statistik erläuternd, ist beigefügt. Sedlmayr-Borna.

Prof. E. Langs **Therapeutik für Venerische und Hautkranke.** Von Dr. E. Deutsch-Wien. Verlag von Safář.

In knapper Form Erörterung der persönlichen Prophylaxe, Hinweis auf die Wichtigkeit, dafs der Arzt dem Kranken alle Einzelnheiten lehrt, bevor er ihm allein die Anwendung von Arzneien überläfst. Verf. beginnt sofort die Behandlung bei Einsetzen des „venerischen Katarrhs" und läfst dieselbe auch nicht bei Auftreten von Epididymitis unterbrechen. Zahlreiche, übersichtlich gehaltene Rezepte aus allen einschlägigen Gebieten machen das Büchlein in jeder Hinsicht schätzenswert.

Sedlmayr-Borna.

Atlas der Hautkrankheiten mit Einschlufs der wichtigsten venerischen Erkrankungen. I. Abteilung (Tafel 1—42). Von Dr. E. Jacobi. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien 1903.

Die vorliegende 1. Abteilung des Jacobischen Atlasses enthält auf 42 Tafeln 78 farbige Abbildungen, die, da das Werk vornehmlich für praktische Ärzte bestimmt ist, vorwiegend typische Krankheitsbilder darstellen. Die Abbildungen sind mit fast vollständiger Ausschaltung manueller Nachhilfe hauptsächlich auf dem Wege des farbigen photographischen Druckes hergestellt und zwar hauptsächlich nach Monlagen, die zum gröfsten Teile der Breslauer Sammlung entstammen, z. T. auch aus Paris (Hospital St. Louis), Berlin etc. herrühren. Die Bilder sind von einer geradezu frappanten Naturtreue, wirken so ungemein plastisch, dafs man wohl sagen kann, etwas Besseres läfst sich mit unseren heutigen Hilfsmitteln für einen so verhältnismäfsig niedrigen Preis (M. 12.50) kaum herstellen. Der begleitende Text beschreibt Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie in knapper, dem Zwecke des Werkes entsprechender Weise.

Die Ausstattung des Buches ist eine durchaus vornehme. Es ist Verfasser und Verleger gelungen, etwas wirklich Vorzügliches zu schaffen. Möge der Atlas die Würdigung und Verbreitung finden, die er verdient.

Dreysel-Leipzig.

Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens. Von Prof. Dr. Riedel-Jena. Verlag von G. Fischer.

Dieser „erweiterte Abdruck aus dem von Penzoldt und Stintzing herausgegebenem Handbuch der Therapie innerer Krankheiten", berührt Nierenleiden, besonders die Wanderniere, nur so weit, als dies differentialdiagnostisch notwendig ist und kann deshalb hier eine eingehende Besprechung nicht finden. Sedlmayr-Borna.

Die Syphilis in der Schwangerschaft. Von Privatdoz. Dr. B. Rosinski-Königsberg i. Pr. Verlag von Enke-Stuttgart.

Sehr lesenswert, Inhalt nicht zur Rezension in diesen Blättern geeignet. Sedlmayr-Borna.

Eine neue Methode der Circumcision.

Von

Prof. Dr. **Bransford Lewis,**

Direktor der Klinik für Krankheiten der Harnorgane am Marion-Sims-Beaumont College of Medicine, St. Louis.

(Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Alexandor S. Wolf, St. Louis.)

Seit Jahren übe ich in meiner Praxis eine Methode der Circumcision aus, die ich auf Grund meiner Experimente an der Leiche und zahlreicher Erfahrungen in vivo ausgearbeitet habe und mit deren Resultaten ich stets zufrieden war: noch nie erlebte ich bei diesem Verfahren eine Enttäuschung oder einen unliebsamen Zwischenfall; dieser Umstand und die Befriedigung meiner Patienten (darunter zahlreicher Ärzte) wegen der schnellen Heilung und — last not least — des ausgezeichneten kosmetischen Effektes veranlassten mich seinerzeit das Verfahren zu veröffentlichen. („Medical Fortnightly of St. Louis“, 15. Januar 1895, referiert in den „Annales des maladies des organs genito-urinaires“ und im „Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane“, Seite 316, 1895.) Seitdem hat das Verfahren und das Instrumentarium manche Vervollkommnung erfahren, weshalb ich nochmals vor Berufskollegen trete, um meiner Methode gröfsere Verbreitung zu sichern.

Die bis jetzt, wenigstens in den Vereinigten Staaten geübte Methode der Circumcision bestand darin, dafs man den vorspringenden Umschlagsrand des Präputiums abschnitt, dann die dorsale Partie des inneren Blattes schlitzte, dann beide Hälften des inneren Blattes abpräparierte und endlich das äufsere Blatt des Präputiums, die eigentliche Haut an den Stumpf des inneren Blattes durch Nähte fixierte.

So einfach die Operation an und für sich ist, bedurfte der Operateur bei der bis jetzt geübten Methode eines ziemlich sicheren Augenmafses, resp. einer reichen Erfahrung, um die Gröfse der

abzutragenden Hautpartie so zu bestimmen, dafs der erzielte Effekt dem beabsichtigten therapeutischen Zwecke entsprechen würde; der kosmetische Effekt wurde als ziemlich nebensächlich kaum ins Auge gefasst. Aber auch das erstere Ziel wurde nicht stets erreicht, und eine verbessernde Nachoperation während des Heilungsprozesses war gar nicht so selten — ein Umstand, der gewifs wenig geeignet war, das Ansehen des Operateurs in den Augen des Patienten zu heben.

Der Vorzug meines Verfahrens vor der alten Methode besteht darin, dafs ich nur einen einzigen Schnitt ausführe, dafs die



Fig. I.

Nähte vor dem Schnitt angelegt werden und dafs ich mit einem Ein- und Ausstiche faktisch zwei Nähte anlege.

Ich übergehe zur Schilderung der Technik. An der Peniswurzel wird mit einem Gummibande Kompression ausgeübt, wodurch eine Resorption der zur Anästhesie anzuwendenden Kokainlösung centralwärts verhindert wird (Fig. I).

Ungefähr $1^1/_4$ Zoll vor der Korona glandis soll in der Mitte der dorsalen Fläche des Präputiums die Injektionsnadel eingestochen werden und ein Tropfen einer sterilen 4—5 % Kokainlösung eingespritzt werden. Dann wird die Nadel herausgezogen und die Öffnung mit Hilfe der Spitze eines schmalen Bistouris erweitert; in die erweiterte Öffnung wird eine stumpfendigende Nadel (Fig. I A) eingeführt und, indem man dieselbe zwischen den beiden Blättern

des Präputiums zuerst auf der einen, dann auf der anderen Seite, nachdem man die Nadel bis zur Eingangsöffnung zurückgezogen, allmählich nach vorne, oben und unten vorschiebt, wird die Kokain-

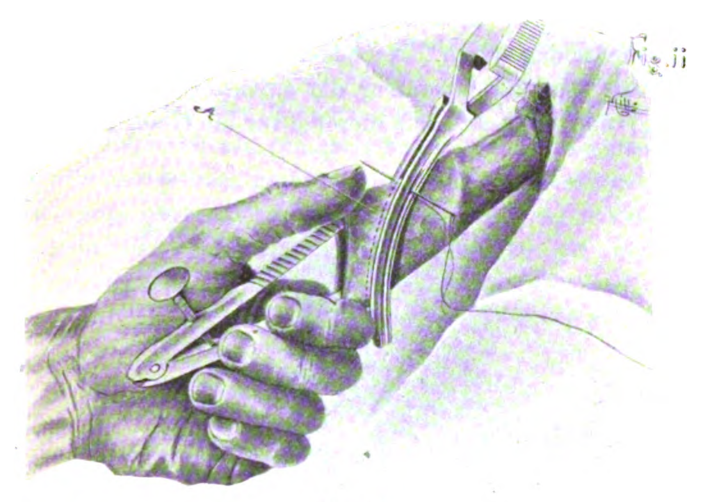


Fig. II.

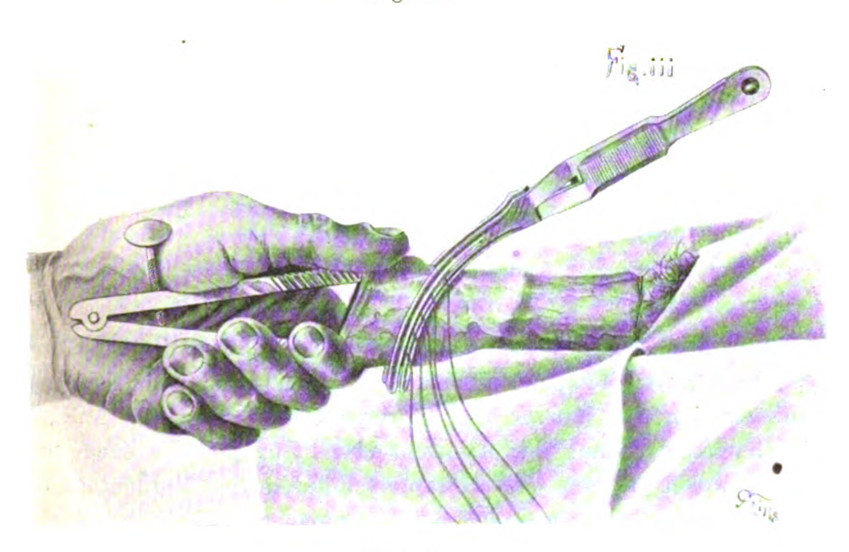


Fig. III.

lösung eingespritzt, bis das ganze Operationsgebiet völlig unempfindlich geworden ist. Man überzeugt sich davon durch das Betasten mit der Spitze eines Instrumentes und Befragen des Patienten.

Nachdem die volle Anästhesie erzielt wurde, führt der Assistent die Zugzange in den Vorhautsack ein und zwar so, dafs die nach oben sehende längere Branche in dem Sulkus, die untere, kürzere Branche auf dem Frenulum ruht (Fig. II). Sollte das Frenulum abnorm kurz sein, so anästhesiert man dasselbe und schneidet mit einem Scherenschlag durch. Nachdem die Zugzange eingeführt und fixiert wurde, legt der Operateur die gefensterte Klemme an (siehe Abbildung) und zwar so, dafs dieselbe vor die Glans Penis zu liegen

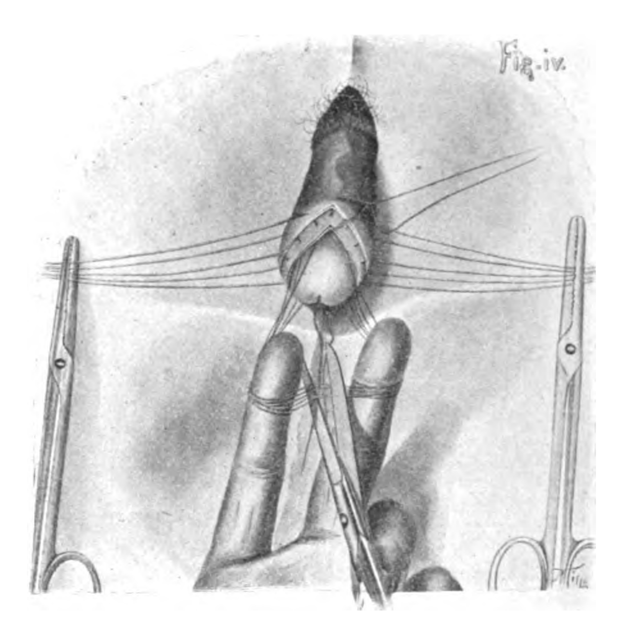


Fig. IV.

kommt; die Klemme komprimiert die beiden Flächen des Präputiums gegen einander; es liegen zwischen ihren Branchen also vier Schichten: äufseres, inneres, inneres und äufseres Blatt. Nach der Anlegung der Klemme beginnt der Assistent einen Zug mit der Zange nach vorne, wobei er, um das Herunterschlüpfen der Vorhaut zu verhindern, dasselbe, den Enden der Zugzange entsprechend, mit dem Daumen und Zeigefinger der linken Hand festhält. Die Zugzange bezweckt, dafs von dem inneren Blatte möglichst viel hervorgezogen werde und nach dem Schnitte ein möglichst kurzer Stumpf des Innenblattes zurückbleibe. Dieses Bestreben wird durch die an den Aufsenflächen der Branchen vorhandene Riffung unterstützt.

Nachdem der Assistent das innere Blatt möglichst weit nach vorne hervorgezogen hat, legt der Operateur durch das Fenster der Klemme die Nähte an (Fig. II und III). Im allgemeinen genügen 5—6 Nähte, jeder Faden ist 16—18 Zoll lang. Jede Naht geht durch alle die vier oben erwähnten Schichten. Dann entfernt der Operateur mit einem Scherenschlag die Vorhaut, wobei die Schere nicht ganz knapp vor der Klemme zu liegen kommt (Fig. II, punktierte Linie), wodurch ein schmaler Saum vor der Klemme entsteht. Bevor der Scherenschlag geführt wird, läſst der Assistent mit dem Zuge ein wenig nach, damit der Stumpf des inneren Blattes nicht übermäſsig schmal ausfällt. Die Zange samt der auf ihr haftenden Vorhaut wird entfernt, desgleichen die Klemme, die über die Fäden einfach gleitet, die Fadenenden mit Klemmpincetten ergriffen, zwei

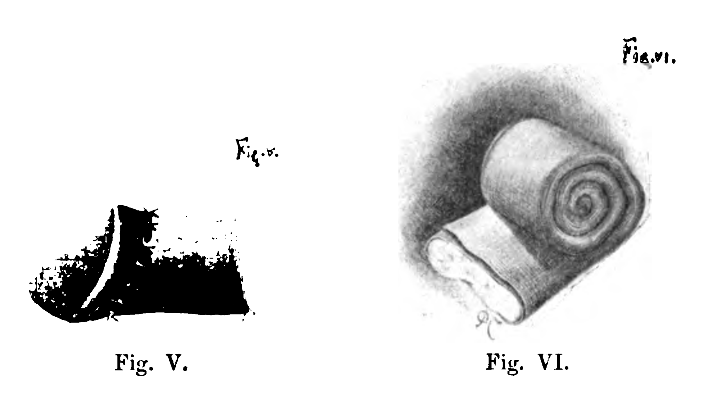


Fig. V. Fig. VI.

gleiche Pincetten in den Hohlraum der Wunde eingeführt, und dann mit einem Scherenschlag alle Fäden inmitten zwischen den beiden inneren Pincetten durchtrennt (Fig. IV), wodurch 10—12 Nähte entstehen, die Fäden werden geknotet und zum Schlusse wird in dem oberen und unteren Winkel der Wunde, wo die Branchenenden der Klemme ruhten, noch je eine Naht angelegt (Fig. IV).

Nun wird das Gummiband an der Peniswurzel gelöst oder durchgeschnitten, die blutenden Gefäſse unterbunden, wodurch die Operation beendet erscheint.

Als Nahtmaterial benutze man nach Belieben Seide oder Catgut. Ich ziehe das letztere vor, weil man dann der Mühe überhoben ist, die Nähte zu entfernen.

Einen sehr geeigneten Verband für diese Operation stelle ich mir her, indem ich mit steriler Watte, die von einem Streifen steriler Gase eingeschlossen ist (Fig. VI), die Wunde locker umwickle, und

dann mit einem Tropfglas soviel von Trae. Benzoin comp.[1]) auftrage, bis das Ganze durchtränkt ist. Nach einiger Zeit wird der Verband steif und bietet eine sehr gute Schutzdecke. Nach 3—5 Tagen wird der Verband erneuert und 3—4 Tage darauf gänzlich entfernt. Es erübrigt dann noch ein trocknendes Pulver auf die gänzlich geschlossenen Wundränder zu streuen. Der Patient fühlt sich während der Operation ganz wohl; die meisten lesen eine Zeitung, um die Aufmerksamkeit von den Vorgängen abzulenken. Nach der Operation kehren die meisten zu der Arbeit zurück, ohne irgend welches Unbehagen zu verspüren. Ich lege jedem Patienten gleich nach der Operation ein Teufelsches Sportsuspensorium an, welches das ganze Genitale umschliefst und das operierte Organ in bequemer und doch ruhiger Lage erhält.

Manchem Leser mag das Verfahren in der Beschreibung etwas kompliziert erscheinen, aber das ist durchaus nicht der Fall. Wird die Operationsmethode richtig ausgeübt, so folgen die Phasen derselben in schneller und logischer Reihenfolge aufeinander; und wie gesagt, man braucht nie eine nachträgliche „Korrektur“ und die Unterbrechung des Granulationsprozesses zu befürchten. Jeder nachträgliche Eingriff ist völlig ausgeschlossen. Wegen des ausgezeichneten therapeutischen und kosmetischen Effektes dürfte das geschilderte Verfahren den Kollegen nicht unwillkommen sein.

---

[1]) Die Zusammensetzung der Trae. Benz. comp. nach der Pharmakopoe der Vereinigten Staaten ist folgende:

Benzoin 12 G.-T., gereinigtes Aloe in grobpulverigem Zustande 2 G.-T., Storax 8 G.-T., Balsam. tolutan. 4 G.-T. Diese 4 Präparate werden mit 75 G.-T. Alkohol 8 Tage lang in einem verschlossenen Gefäfse maceriert, dann filtriert und durch dasselbe Filtrierpapier so viel Alkohol zugegossen, dafs die Gesamtmenge 100 G.-T. beträgt.

Litteraturbericht.

1. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Test for bile pigments. Von Monckton. (Brit. Med. Journ. Oct. 25, 1902.)

Urin, welcher Gallenfarbstoffe enthält, giebt mit einer schwachen Methylenblaulösung ein zartes Grün, während normaler Urin blau gefärbt wird. von Hofmann-Wien.

Test for bile pigment. Von Duncan. (Brit. Med. Journ. Febr. 14, 1903.)

Verschiedene Anilinfarben geben mit Gallenfarbstoff Reaktionen. So giebt Methylviolett rote, Methylenblau grüne Färbung, welch' letztere beim Erhitzen vergeht und beim Abkühlen wiedererscheint.

von Hofmann-Wien.

Über eine einfache Methode der Bestimmung des Kaliums im Harn. Von W. Authenrieth und René Bernheim. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, S. 29.)

Verf. empfehlen, das Kalium des Harns durch Kobaltnatriumnitrit-Lösung auszufällen. Der entstehende gelbe Niederschlag hat zwar keine konstante Zusammensetzung, doch läfst sich das Kalium aus demselben, nach Auflösen in Salzsäure und Wiederabdampfen, leicht als Perchlorat oder Kalium-Platinchlorid quantitativ bsstimmen. Die Methode ist rascher durchzuführen als die bisher üblichen Methoden, doch gestattet sie nicht die gleichzeitige Bestimmung des Natriums. Malfatti-Innsbruck.

Eine neue Methode zur Bestimmung des Ammoniaks im Harne und anderen tierischen Flüssigkeiten. Von Otto Folin. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, S. 161.)

Die vom Verf. früher angegebene Methode der Ammoniakbestimmung liefert zu niedrige Werte. Die neue Methode besteht darin, dafs das Ammoniak in 25 oder mehr cm Harns durch Zusatz von etwa 1 g trockenem Natriumkarbonat freigemacht und durch einen kräftigen Luftstrom aus einem Wasserstrahlgebläse (600—700 Liter pro Stunde) in die titrierte Säure übergetrieben wird. Dem Harn werden noch weiter 8—10 g Kochsalz und, um das Schäumen zu verhüten, etwa 5—10 cm^3 Petroleum oder Toluol zugesetzt. Die Destillation mufs bei 20—25° 1—1 $^1/_2$ Stunden fortgesetzt werden, als Vorlage dient ein einfacher Apparat, durch welchen die Ammoniak

enthaltende Luft gezwungen wird, die $^{1}/_{10}$ Normalsäure mehrmals in kleinen Bläschen zu durchlaufen. Durch die Methode werden vorher gewogene Ammoniakmengen sehr genau wiedergefunden, die Schloesingsche Methode ist selbst zu ungenau, um als Kontrollprobe dienen zu können. Malfatti-Innsbruck.

Beiträge zur Kenntnis der Melanine. Von D. Helman. (Centralblatt f. innere Medizin, 41, 1902.)

Hier interessisren die auf den Harn bezüglichen Resultate: Echtes Melanogen ist nur da im Harn als sicher vorhanden anzunehmen, wo 1. sich auf vorsichtigen Eisenchloridzusatz hin ein schwarzer (die Phosphate einschliefsender) Niederschlag von Melanin bildet, wo 2. dieser Niederschlag sich in kohlensaurem Natrium mit schwarzer Farbe (ohne die Phosphate) löst, und wo 3. aus dieser Lösung durch Mineralsäuren ein schwarzes oder braunschwarzes Pulver ausgefällt werden kann. —

Auf einen Teil der Melanogenharne wirken auch Bromwasser sowie Chromsäure rasch schwärzend, aber keineswegs auf alle. Eisenchlorid hat den Vorzug, auf alle ausnahmslos schwärzend zu wirken.

G. Zuelzer-Berlin.

Über die Bestimmung der stickstoffhaltigen Urinbestandteile mit Sublimat. Von Dr. Ernst Freund und Dr. Richard Fellner. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 36, S. 401.)

Verf. fällen Harnsäure und Xanthinbasen, indem sie den Urin (50 cm³) bei schwach salzsaurer Reaktion (Chrysoidin als Indikator) mit gesättigter Sublimatlösung im Überschufs versetzen. Aus dem Filtrat fallen Kreatinin und Ammoniak durch Zusatz des gleichen Volums einer 50 % Lösung von Natriumacetat. Die beiden Bestandteile dieser Fraktion lassen sich trennen, wenn man den Niederschlag in Salzsäure löst und das Ammoniak aus der Lösung durch Jodkalium und dann Kalilauge (Nesslers Reagens) fällt. Der Harnstoff wird ebenfalls als Quecksilberverbindung gefällt, indem man das erhaltene Filtrat mit rauchender Salzsäure versetzt und dann mit Natronkarbonat neutralisiert. Der vorherige Zusatz des starken Salzsäure verhindert die Ausfällung von Quecksilberkarbonat beim Neutralisieren. Das schliefslich erhaltene Filtrat giebt nach erneutem Sublimatzusatz eine Fällung, die Hippursäure und einen stickstoffhaltigen Extraktivstoff enthält. Das weitere Filtrat ist stickstofffrei. Es läfst sich mit diesem Verfahren das Verhältnis der stickstoffhaltigen Bestandteile im Harn feststellen. Malfatti-Innsbruck.

Über die Beeinflussung der Acidität des Harns durch Rhodanverbindungen. Von A. Hausmann. (Aus dem chem. Laborat. der med. Klinik zu Freiburg.)

H. gab 3 Patienten Rhodannatrium 0,1—0,5 pro die, das anscheinend ohne irgend eine Einwirkung vertragen wurde, und konnte danach ein Sinken der Harnacidität beobachten, mit einer entsprechenden Abnahme der 2fach sauren Phosphate. Eine Verminderung des Harnsäure- und Gesamtphosphorsäuregehaltes trat nicht regelmäfsig ein.

G. Zuelzer-Berlin.



Zur Physiologie der Oxalsäure und Oxalursäure im Harn. Von Dr. A. M. Luzzatto. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, S. 223.)

Oxalursäure wird im Tierkörper in Oxalsäure umgewandelt und vollständig oxydiert. Dennoch findet sich manchmal im Harn des Menschen, häufiger beim Hunde und Kaninchen, eine Substanz in geringer Menge, welche nicht Oxalsäure ist, aber sich durch Kochen mit Salzsäure in Oxalsäure umwandeln läfst, also wahrscheinlich Oxalursäure. Man hat angenommen, dafs das späte Auftreten von Oxalatkristallen im Harn mit der Gegenwart von Oxalursäure zusammenhänge, die sich allmählich in Oxalsäure umwandele und so Oxalatkristallisationen bewirken sollte. Das ist nicht richtig, denn Oxalursäure dem Harne zugesetzt ruft die fragliche Erscheinung nicht hervor. Die Oxalursäure wird im Harn nur durch Kochen mit Salzsäure gespalten. Daher mufs bei genauen Oxalsäurebestimmungen stets eine Kontrollprobe mit angesäuertem und gekochtem Harne gemacht werden, umsomehr als in einigen Versuchen das unerklärliche Verhalten sich zeigte, dafs der mit Salzsäure gekochte Harn weniger Oxalsäure zeigte als der nicht gekochte. Harnsäurefütterung brachte beim Hunde und Kaninchen keine Oxalsäureausscheidung zuwege.

Malfatti-Innsbruck.

Notiz über den Einflufs der Salicylsäure auf die Ausscheidung von Oxalsäure durch den Urin. Von Prof. G. Klemperer-Berlin (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 75, S. 487.)

Lüthje hatte [ebenda B. 74 S. 163] das fast konstante Auftreten von Kalkoxalatkristallen nach Salicylgebrauch konstatiert und einen Zufall für ausgeschlossen gehalten. In 2 exakten Stoffwechselversuchen, die so eingerichtet waren, dafs die Nahrung wenig Oxalsäure lieferte und zugleich die Lösungsbedingungen derselben im Harn günstige blieben (kalkarme Nahrung), zeigt K., dafs durch grofse Salicylgaben (bis 5g pro die) weder die Oxalsäureausscheidung quantitativ beeinflufst wird, noch dafs Oxalate reichlicher ausfallen. K. bezieht L.s Beobachtungen auf zufällige Zusammensetzung der Nahrung.

G. Zuelzer-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der Pentosurie und der Pentosenreaktion. Von H. Brat. (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 47, Heft 5 u. 6.)

B. kommt zu folgenden Resultaten: Das Optimum der Orcin-Salzsäurereaktion zum Nachweis der Pentose im Urin liegt bei 90—95°. — Durch Abgrenzung von 90—95° läfst sich der bei der Orcin-Salzsäureprobe entstehende, für Pentose charakteristische Körper von einem Körper trennen, dessen spektroskopisches Bild übereinstimmt mit dem aus Methylpentose bei der Orcin-Salzsäureprobe hervorgehenden Reaktionsprodukt. — Eine analoge Trennung läfst sich bei gleichzeitigem Gehalt eines Urins von Pentose und Glykuronsäure vornehmen. — Die nach Bial durch Eisenchloridzusatz verschärfte Orcin-Salzsäure-Reaktion ist nur bei starkem Ausfall für Pentose beweisend und wird auch von Urinen gegeben, welche keine Pentose, sondern nur pathologisch vermehrte Glykuronsäure enthalten.

G. Zuelzer-Berlin.

Über die Ausscheidung der flüchtigen Fettsäuren durch den Harn. Von Dr. Fritz Rosenfeld. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 13.)

Rosenfeld berichtet über eine Reihe eigner Untersuchungen, nachdem er eingehend die bisher erschienenen Arbeiten kritisch gewürdigt hat. Zum Nachweis der flüchtigen Fettsäuren im Harn diente die Destillation mit Schwefelsäure und Titration mit Natronlauge. Die Tagesmenge für den normalen Harn beträgt 50—80 ccm auf $^1/_{10}$ Schwefelsäure berechnet, sie ist im wesentlichen abhängig von der Nahrungszufuhr, besonders von der Eiweifszersetzung im Darm. Da auch im Gewebe Fettsäuren gebildet werden, da, wo es zur Fäulnis kommt, wie bei Eiterungen und Blutungen, so kann ihr Nachweis differentialdiagnostisch verwertet werden. Bei hochfiebernden Krankheitszuständen, wie Erysipel, Scharlach, Masern, Diphtheritis sind sie vermindert, bei der Resorption von Eiter aus Tonsillarabscessen, fötider Bronchitis, Lungeuabscess, Magen- und Darmblutungen, bei Ikterus, in der Rekonvaleszenz nach Pneumonie sind sie dagegen vermehrt. Bei Ulcus und Gastrektasien mit gesteigerter oder normaler Acidität sind die Fettsäuren vermehrt, vermindert dagegen bei Stauungszuständen infolge von Atonie und Gastroptose, beim Karzinom schwanken die Fettsäuremengen. Ludwig Manasse-Berlin.

Die quantitative Bestimmung der β-Oxybuttersäure im Harne. Von Ernst Darmstädter. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, S. 355.)

Dieser für die Lehre vom Diabetes wichtige, aber bisher schwer bestimmbare Körper läfst sich nach Verf. leicht quantitativ bestimmen, wenn er vorher in die mit Wasserdämpfen flüchtige, ätherlösliche Crotonsäure ($CH_3—CH=CH—COOH$) übergeführt wird. 100 cm^3 des zu untersuchenden Harns werden mit Soda schwach alkalisch gemacht, am Wasserbade bis fast zur Trockne abgedampft, mit 150—200 cm^3 Schwefelsäure von 50—55 $^0/_0$ vermischt und abdestilliert, wobei man das überdestillierende Wasser aus einem passenden Tropftrichter immer wieder ersetzt. In 2—2$^1/_2$ Stunden sollen etwa 300—350 cm^3 Destillat erhalten werden; dieses wird 2—3 mal mit Äther ausgeschüttelt, der Äther wird abdestilliert, der Rückstand auf etwa 160^0 erhitzt, um flüchtige Fettsäuren zu vertreiben, dann in 50 cm^3 Wassers gelöst, filtriert, und die im Filtrat samt Waschwasser enthaltene Crotonsäure mit $^1/_{10}$ n Natronlauge und Phenolphtalein als Indikator titriert. Malfatti-Innsbruck.

Ehrlichs dimethyl (p) Amido Benzaldehyde-Reaction. Von Armit. (Brit. Med. Journ. March 7, 1903.)

In diesem vor der Pathol. Soc. of London gehaltenen Vortrage berichtet A. über diese Reaktion, welche darin besteht, dafs durch Zusammentreffen der oben genannten Verbindung mit einem noch unbekannten Körper im Urin rote Färbung entsteht. Die Reaktion entspricht nicht der Diazoreaktion. Sie tritt hauptsächlich bei toxämischen Erkrankungen auf und deutet auf Gewebszerstörung hin. Eine deutliche Reaktion gestattet die Prognose schwer, doch nicht tödlich.

von Hofmann-Wien.

Über die Eisenmengen im menschlichen Harn unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Von Albert Neumann und Arthur Mayer. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, S. 143.)

Verf. haben eine neue Methode der Veraschung organischer Substanzen ausgearbeitet, welche besonders auch für gröfsere Harnquantitäten geeignet erscheint. Die Substanz wird nämlich im Kjeldahl-Kolben zerstört, indem während des ganzen Erhitzens langsam ein Gemisch von konz. Schwefel- und Salpetersäure einfliefst. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, pag. 115.) Die erhaltene Flüssigkeit läfst sich gut zur Bestimmung vieler anorganischer Harnbestandteile benützen, von denen an genanntem Orte die Bestimmung des Eisens, der Phosphorsäure und des Chlors näher besprochen wird. Das Eisen, bestimmte Verf. jodometrisch, und er fand im Harn im Mittel 0,983 mg Fe für den Tag (0,897—1,139; 5 Fälle); in pathologischen Fällen zeigte sich in einem Falle von Schrumpfniere und bei Leber- und Magencarcinom trotz Eiweifsgehalts des Harnes keine, bei fieberhaften Krankheiten eine mäfsige Steigerung der Eisenausfuhr. Auf 2 mg ging dieselbe bei Lebercirrhose, auf 6—8 mg bei einem Potator mit Fettleibigkeit ohne weitere Krankheitssymptome. In 5 Fällen von gewöhnlichem Diabetes fand sich die Eisenausscheidung vermehrt, und zwar kommen in 5 Fällen auf je 100 g Zucker $2^1/_2$ mg Eisen, nur in einem Falle, bei welchem die Polyurie stärker war (3700 cm^3 bei 5,35 % Zucker), 3 mg. In einem 6. Falle, wo Diabetes mit Pankreascarcinom vereint war, stieg dieses Verhältnis auf 3,942 mg Eisen auf 100 Zucker. Verf. nimmt einen Zusammenhang der Zuckerausscheidung mit dem Zerfall der etwas eisenhaltigen Nukleinsäure an und bestimmt den Kohlehydratgehalt der letzteren durch Extraktion der daraus erhältlichen Lävulinsäure mit Essigäther, zu 25—30 % auf Traubenzucker berechnet. Malfatti-Innsbruck.

Über die Verteilung der stickstoffhaltigen Substanzen im Harn des kranken Menschen. Von R. v. Jaksch-Prag. (Zeitschrift f. klin. Medizin, 47. Bd., Heft 1 u. 2.)

J. untersuchte bei den verschiedensten Affektionen (Nieren-, Leberaffektionen, Phosphorvergiftung, Leukämie, Ankylostoma, Anämie, Akromegalie, Morb.-Basedow, Syphilis, Diabetes, Pneumonie, Lungentuberkulose, Tetanus puerperalis und Typhus abdominalis) die verschiedenen Harnstickstoffkomponenten in ihrem Verhältnis zu einander. Der Gesamt-N wurde nach Kjeldahl bestimmt. Dann wurde durch die Phosphorwolframsäure-Salzsäure-Fällung derjenige N bestimmt, welcher dem Eiweifs, Ammoniak, Purinkörpern, Kreatinin, den Diaminen, der Karbaminsäure, Cystin, Rhodanwasserstoff und teilweise den Harnfarbstoffen angehörte, ferner der Harnstoff N nach Schöndorff und endlich der gesamte durch Phosphorwolframsäure nicht fällbare, der Amidosäurenstickstoff. Das Resultat der Versuche, deren weitläufige Einzelheiten im Original nachzulesen sind, ist, dafs die I. Komponente, der Niederschlagstickstoff — von sehr eiweifsreichen Harnen abgesehen — sich nicht wesentlich ändert, d. h. es läfst sich seine Vermehrung bei keiner Erkrankung erweisen, die II. Komponente, der $\overset{+}{U}$, nimmt bei einer

Reihe von Erkrankungen wesentlich ab —, und an seine Stelle treten andere, vielleicht uns unbekannte Körper in Mengen von 39—49 Proz., welche vorläufig als Amidosäuren angenommen sind.

G. Zuelzer-Berlin.

Die Messung des Harnfarbstoffs und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Von Prof. G. Klemperer. (Berl. klin. Wochenschr. 1903 Nr. 14.)

Die Untersuchungen des Verf. beziehen sich auf die Frage, inwieweit die von der Niere in einer Zeiteinheit ausgeschiedene Farbstoffmenge des Urins als Mafsstab der Nierenfunktion zu verwerten ist. Für den normalen Harn kommt nur das Urochrom in Betracht, da die anderen Farbstoffe nur in Spuren vorhanden und nur in gewissen pathologischen Zuständen vermehrt sind. Darstellbar ist das Urochrom nach Garrod mit schwefelsaurem Ammon und Ausschütteln mit Alkohol, oder auch mittelst Tierkohle. In bestimmten Konzentrationen giebt eine Lösung von Urochrom ganz bestimmte Farbennüancen, als Testlösung diente der Farbstoff Echtgelb G, indem 0,1 g desselben in 1 Liter Wasser gelöst, davon 5 ccm mit Wasser auf 90 ccm gebracht, optisch genau einer 0,1 proz. Lösung von Urochrom entspricht. Zur Ausführung der Probe dienen zwei in identischer Weise hergestellte Glascylinder, der eine enthält die Testlösung von Echtgelb, in dem anderen wird der zu untersuchende Urin so lange verdünnt, bis er die Farbe der ersteren angenommen hat, die Verdünnungszahl mufs mit 0,1 multipliziert werden, um den Prozentgehalt von Urochrom festzustellen. — Was die Herkunft des mit dem Harne ausgeschiedenen Urochroms anbetrifft, so nimmt K. an, dafs es nicht aus dem Darm in das Blut und von da in die Nieren gelangt, sondern dafs es als direkter Abkömmling des Blutfarbstoffs von der Niere selbst gebildet wird. Aus den Versuchen des Verf. ergab sich nun, dafs Leute mit gesunden Nieren in 24 Stunden zwischen 0,8 und 2,7 g Urochrom ausschieden, die Schwankungen an den einzelnen Tagen bei den Versuchsobjekten betrugen nicht über 0,6 g pro Tag. Von drei Nierenkranken, an denen das Urochrom gemessen wurde, hatten zwei hellen, aber spärlichen Urin und lieferten nur 0,3—0,4 g Urochrom in 24 Stunden; beide starben bald darauf; der dritte Patient, der Stauungsalbuminurie durch Herzschwäche hatte, schied einen spärlichen, aber dunklen Harn aus, welcher in 24 Stunden 1,7 g Urochrom enthielt; dieser Patient erholte sich. Für die praktisch-ärztliche Behandlung bedarf es derartiger Zahlenbestimmungen gewöhnlich nicht, je heller im Allgemeinen ein spärlicher Urin ist, desto schwerer erkrankt sind die Nieren.

Paul Cohn-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage nach dem minimalen Stickstoffumsatz bei perniciöser Anämie. Von Dr. Richard Bernert und Dr. Karl von Steyskal. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 48, S. 132.)

In einem Falle von perniciöser Anämie konnte sich Patientin bei einer Kalorienzufuhr von 34.2 pro Kilo und einem resorbierten Stickstoffgehalt der Nahrung von 4,04 g (25.25 Eiweifs) im Stickstoffgleichgewicht

halten und vor Gewichtsverlust bewahren. Das Stickstoffminimum lag also in diesem Falle bei 0.093 g N pro Kilo, d. h. es ist fast die bei Gesunden gefundene Zahl (0.08). Ein zweiter Fall gab ähnliche Zahlen.

Malfatti-Innsbruck.

Vergleichende Untersuchungen über mütterliches und kindliches Blut und Fruchtwasser nebst Bemerkungen über die fötale Harnsekretion. Von Dr. Zangemeister und Dr. Meifsl. Aus der Univ.-Frauenklinik zu Leipzig. (Münch. med. Woche 1903, Nr. 16.)

Von speziellem Interesse ist, dafs, während kindliches und mütterliches Blut sich in osmotischem Gleichgewichte befinden, die Gefrierpunktserniedrigung des Fruchtwasser konstant geringer ist, als die der beiden Blutarten; sie beträgt im Mittel 0,055°. Zur Erklärung dieser Thatsache ergiebt sich die Annahme, dafs der fötale Harn einen wesentlich höheren Gefrierpunkt habe als das Blut und in das Fruchtwasser hinein in einer solchen Menge entleert werde, dafs dasselbe einen um 0,055° im Mittel höheren Gefrierpunkt erhält als das Blut. Die Untersuchungen haben nun thatsächlich ergeben, dafs der Harn Neugeborener eine molekulare Konzentration hat, welche kaum halb so grofs ist als die des Blutes (der Gefrierpunkt beträgt im Mittel 0,203°), dafs der fötale Harn besonders arm ist an den nicht zu den Chloriden gehörigen Harnbestandteilen, dafs also die geringe molekulare Konzentration des Fruchtwassers auf das Hineinfliefsen von fötalem Urin zurückzuführen ist. Gelegentliche Beobachtungen und bestimmte Berechnungen haben aufserdem bewiesen, dafs das Hineinfliefsen von Urin in das Fruchtwasser nicht etwa während der Geburt stattfinde, sondern dafs der Fötus in der Schwangerschaft, wenigstens gegen das Ende derselben, regelmäfsig uriniert. Auch die Ergebnisse von Untersuchungen bei abgestorbener Frucht haben die Schlufsfolgerungen über die fötale intrauterine Harnsekretion bestätigt und erhärtet.

Jesionek-München.

Bactériologie et histologie urinaires. Technique microscopique et clinique. Von G. Borne und Ph. Vadam. (La Presse méd. 1903, S. 255.)

Verf. säuern alkalischen Urin, den sie mikroskopisch untersuchen wollen, vorher leicht mit Essigsäure an. Ferner fügen sie der zu zentrifugierenden Flüssigkeit, um Urate aufzulösen und die Fixation der geformten Elemente zu erreichen, 2—3 ccm eines Reagens folgender Zusammensetzung hinzu: Borax 2,0, Acid. boric. 2,0, Eiereiweifs 2,0, Aquae destill. ad 100,0 hinzu. Sonst enthält der Aufsatz nur Bekanntes.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die durch Essigsäure ausfällbare Eiweifssubstanz in pathologischen Harnen. (Ein Beitrag zur Lehre der sog. Nukleoalbuminurie und Globulinurie.) Von Dr. Matsumoto-Japan. (Aus d. med. Klinik zu Würzburg.) (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 75, Heft 3—5, S. 398.)

M. hat, um den oben charakterisierten Eiweifskörper, bei dem er



im Gegensatz zu den anderen Autoren in der Mehrzahl der Fälle Phosphor vermifste, und den er deshalb nicht als Nukleoalbumin ansprechen konnte, genauer zu bestimmen, die Hofmeistersche Methode der fraktionierten Ammonsulfataussalzung angewandt.

Er fand, dafs die Fällungsgrenzen des aus Gewebszellen (Niere, Leber) darstellbaren Nukleoalbumins zwischen 0,1—0,8 (untere Grenze) und 1,6—2,2 (obere Grenze) liegen.

„Das durch blofsen Essigsäurezusatz aus pathologischen Harnen ausfällbare Eiweifs besteht zum gröfsten Teil aus Fibrinogen (Fibrinoglobulin) und Euglobulin. Nukleoalbumin kann daneben vorkommen, ist aber selten und tritt in seiner Menge vollständig neben den genannten Eiweifskörpern zurück.“ Als möglich ist auch das Vorkommen des Nukleohistons zu bezeichnen.

„Die bis jetzt in den meisten Lehrbüchern angegebene Methode für Nukleoalbuminnachweis im Harn (2—3fache Verdünnung des Harns und Zusatz von etwas Essigsäure) weist somit bei positivem Ausfall auf das Vorhandensein von Fibrinogen und Euglobulin hin.“

G. Zuelzer-Berlin.

Über alimentäre Albuminurie. Von Dr. Inouge-Japan. (Aus d. Klinik Prof. Martius u. dem hygien. Institut Prof. Pfeiffer-Rostock.) (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 75, Heft 3—5, S. 378.)

Die mitgeteilten Versuche sind mit der sog. biologischen Eiweifsreaktion (Injektion einer bestimmten Eiweifsart bei einem Kaninchen, dessen Serum dann mit der injizierten Eiweifsart eine spezifische Fällung, Präcipitin, giebt) angestellt. Sie haben nichts eigentlich Neues ergeben, sondern nur bestätigt, dafs es eine absolut spezifische Fällung nicht giebt, dafs aber trotzdem innerhalb gewisser Grenzen die biologische Reaktion zur Identifizierung eines Eiweifskörpers zu gebrauchen ist. Klinisch fand Verf. zwar bei der chron. Nephritis nur in 2 unter 5 Fällen eine deutliche Steigerung der Eiweifsausscheidung nach Eierzufuhr (nüchtern 3—6 Eier), er rät aber aus theoretischen Gründen doch von reichlicher Eiernahrung, auch bei dieser Erkrankungsform der Nieren, ab.

G. Zuelzer-Berlin.

Albuminuria minima und cyklische Albuminurie. Von L. Kuttner. (Aus der inneren Abt. d. Augusta-Hospitals Berlin.) (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 47, Heft 5 u. 6.)

Nach einer kurzen Besprechung der ersteren Form, die nichts Neues enthält, unterzieht K. die Frage der cyklischen Albuminurie an der Hand eines grofsen eigenen Materials — er verfügt über 62 Fälle — einer ausführlichen Erörterung. Er unterscheidet dabei 4 Gruppen der Eiweifsausscheidung, je nachdem der Harn enthält 1. reines Nukleoalbumin, 2. daneben Serumalbumin und Globulin, 3. nur Serumalbumin und Globulin, 4. daneben noch andere Eiweifskörper wie Hämoglobin, Pepton usw. Die cyklische Albuminurie gehört nach K. zu den häufigeren Vorkommnissen, die dann nicht übersehen werden, wenn man

den Harn stets frisch gelassen untersucht. Nur diejenige Form renalen Ursprungs, streng von der extrarenalen (vesikalen) zu unterscheiden, wird hier besprochen. Von seinen Patienten standen

im	Alter	von	3—5	Jahren	4
„	„	„	5—10	„	16
„	„	„	10—15	„	22
„	„	„	15—20	„	12
„	„	„	20—25	„	6
„	„	„	29	„ ...	1
„	„	„	32	„	1.

33 waren Mädchen, 29 Knaben (resp. junge Männer).

3 von den Fällen waren eine zweifellose chron. Nephritis mit cyklischem Verlauf. Bei den übrigen konnte nur sorgfältiger Urinbefund eine solche Diagnose ausschliefsen, ohne jedoch eine absolute Sicherheit zu geben. Verf. geht dann auf die Schwierigkeit der Deutung des Cylinderbefundes ein, ohne Neues beizubringen. —

Als Momente, welche in seinen Fällen eine Steigerung des Eiweifsgehaltes des Harnes bewirkten, nennt er vor allem 1. nervöse Einflüsse, 2. Kälteeinwirkung, 3. Nahrungsaufnahme, 4. körperliche Anstrengungen. In vielen Fällen jedoch fehlten auch solche Einflüsse, es konnte im Gegenteil die Nahrungsaufnahme, wie schon von Edel angegeben, die Albuminurie bei einzelnen Patienten vermindern. Ein weiterer Einflufs ist die Tageszeit, die aufechte Stellung, obgleich auch hier und da sitzende Haltung die Albuminurie, die durch das Liegen hervorgerufen wurde, vermindert.

Die Prognose ist sehr schwer zu stellen; es kommen Heilungen vor aber auch Übergänge in kontinuierliche Eiweifsausscheidung; erstere sprechen nicht dagegen, dafs das Grundleiden nicht auf nephritischer Basis beruht, da ja auch bei chron. Nephritis Heilungen beobachtet sind. K. hat unter seinen 62 Fällen 19 scheinbar völlige Heilungen eintreten sehen.

K. unterscheidet die cyklische Albuminurie klinisch in solche, die Fälle echter Nephritis darstellen und solche, in denen alle zuverlässigen Symptome für eine Nephritis fehlen. Welches hier die Ätiologie ist, läfst er unentschieden; er denkt an familiäre Veranlagung und bringt sie ferner in Beziehung mit der paroxysmalen Hämoglobinurie, die ja auch oft nur als Albuminurie beginnt. Jedenfalls solle man die cykl. Albuminurie nicht als ein unschuldiges und gleichgültiges Leiden ansehen und mit der Annahme einer rein funktionellen Störung sehr vorsichtig sein.

G. Zuelzer-Berlin.

Case of multiple myeloma with albumosuria. Von Weber. (Brit. Med. Journ. March 14, 1903.)

W. berichtet in der Royal Med. and. Chir. Soc. über folgenden Fall: Der 50 jährige Patient klagte seit $2^1/_2$ Jahren über rheumatoide Beschwerden. $^1/_4$ Jahr später traten Lendenschmerzen und Steifheit der kleinen Gelenke an der Hand auf. Im Urin fand sich der Bence Jones-

sche Eiweifskörper und zwar in einer durchschnittlichen Menge von 15,0 pro die. Der Patient wurde immer schwächer und starb schliefslich an einer heftigen Darmblutung, welche, wie die Sektion ergab, durch ein chronisches Duodenalgeschwür bedingt war. Bei der Autopsie zeigte es sich, dafs das Mark sämtlicher untersuchten Knochen von einer sarkomartigen Geschwulst erfüllt war. Aus diesem Tumor liefs sich ein Eiweifskörper gewinnen, welcher dieselben Reaktionen gab, wie der Bence-Jonessche und aus dem normalen Knochen nicht erhalten werden konnte. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich als besonders charakteristisch Granula und Kügelchen von verschiedener Grösse.

von Hofmann-Wien.

Paroxysmal haemoglobinuria of traumatic origin. Von Ensor und Baratt. (Brit. Med. Journ. March 28, 1903.)

Der Patient, über welchen die Verff. in der Royal Med. and Chir. Soc. berichteten, war ein Geisteskranker, welcher die Gewohnheit hatte, mit der flachen Hand auf die Stirn zu schlagen, was mitunter anfallsweise mit gröfster Gewalt geschah. Nach derartigen heftigen Erschütterungen kam es regelmäfsig rasch zu Hämoglobinurie. Die Verfasser erklären das Zustandekommen der hämoglobinurischen Anfälle in folgender Weise: Durch das Trauma kam es zu Blutextravasaten ins subkutane Bindegewebe. Das Hämoglobin trat infolge lokaler Entstehung eines Autolysins aus den roten Blutkörperchen aus, gelangte in den Blutstrom und wurde rasch durch das Epithel der Nierenglomeruli filtriert.

Sambon glaubt, dafs nicht das Trauma die Ursache der Hämoglobinurie gewesen sei, sondern dafs die Selbstmifshandlung nur eine Teilerscheinung des die Hämoglobinurie verursachenden Leidens darstelle.

Harley hält den Fall für die Möglichkeit eines traumatischen Ursprungs der Hämoglobinurie für beweisend.

von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Lehre von der Chylurie. Von R. Waldvogel und A. Bickel. (Aus der med. Universitätsklinik zu Göttingen, Prof. Ebstein. (Deutsches Archiv f. klin. Med., Band 74, Heft 5 u. 6.)

Der Fall von Chylurie betrifft eine 39jähr. früher anscheinend stets gesunde Arbeiterin, die auch zur Zeit der Untersuchung keine abnormen Organverhältnisse darbot. Der Harn war zeitweilig ganz klar; die gröfste chylöse Trübung fiel stets zwischen abends 5 Uhr und nachts 2 Uhr. Daneben bestand, aber nicht dauernd, Albuminurie. Die Nahrung beeinflufste offenbar den Fettgehalt des Urins. Während 4tägiger fettfreier Kost blieb der Urin ganz klar; darauf Fettgenufs: chylöser Urin. Und zwar wurde die höchste Fettausscheidung (4,105 g in 105 ccm Urin) nach Butter (niedrigster Schmelzpunkt), die geringste nach Verabreichung des schwer schmelzbaren Talgs (0,307 g in 53 ccm Urin) beobachtet. Bei gewöhnlicher Nahrung wurde ca. 1—1,4 g Fett ausgeschieden. Die Art des ausgeschiedenen Fettes konnte nicht näher bestimmt werden; es bestand aus 2 Teilen, einem ätherlöslichen

(Schmelzpunkt 40—45) und einem wasserlöslichen (Schmelzpunkt verschieden, 74—100).

Der Fettgehalt des Blutes war nicht gesteigert; doch war die Zeit der Untersuchung vielleicht nicht günstig gewählt. Verf. entscheiden sich für die Annahme, einen abnormen Gehalt des Blutes an Chylusbestandteilen, die das Blut nicht im stande ist, weiteren assimilatorischen Prozessen zuzuführen, als Ursache der Chylurie anzusehen.

G. Zuelzer-Berlin.

Über die volumetrische Methode zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure. Von Jolles. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 10, 1903.)

J. beschreibt nochmals eingehend seine volumetrische Methode der quantitativen Harnsäurebestimmung, welche darauf beruht, dafs unter bestimmten Bedingungen Harnsäure durch Kochen mit Schwefelsäure und Kaliumpermanganat in Harnstoff, aber nicht weiter umgewandelt wird, mit einigen Modifikationen. von Hofmann-Wien.

Einwirkung von Chinasäure auf Harnsäure und Hippursäure. Von Dr. Frz. Hupfer. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 37, S. 302.)

Weder Chinasäure und deren als Gichtmittel angepriesene Verbindungen (Urosin, Sidonal, Urol, Ursol, Chinotropin etc.) noch auch Trauben- oder Kirschenkur zeigte in den sorgfältigen Untersuchungen irgend eine Einwirkung auf die ausgeschiedene Harnsäuremenge. Den vielfach behaupteten Antagonismus zwischen Hippursäure und Harnsäurebildung glaubt Verf. demnach nicht annehmen zu dürfen. Die Harnsäureausscheidungen betrugen in den Versuchen des Verf. 0,8—0,9 g. Mehrere Autoren nehmen aber an, dafs nur die vermehrte Harnsäureausscheidung durch Chinasäure beeinflufst werde (Ref.). Die Harnsäurebestimmungen wurden Kontrolle halber nach Folin (Titration des Amonurats mit Permanganat) und nach Salkowski-Ludwig bestimmt, wobei die erstere Methode sich als vollkommen zuverlässig erwies, die Hippursäure nach Bunge-Schmiedeberg. (J. Weiss (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 38, S. 198) bestreitet die allgemeine Giltigkeit der hier von H. ausgesprochenen Sätze. Malfatti-Innsbruck.

Les principaux dissolvants de l'acide urique. Von V. Griffon. (La Presse méd. 1902, S. 1219.)

Vicario hat die verschiedenen Lösungsmittel für Harnsäure untersucht, indem er sie mit Harnsäure sättigte, dann eine Zeitlang im Brutschrank bei 18° und 37° erhielt, hierauf ein bestimmtes Volumen der Lösung im Exsiccator eindampfte und den Trockenrückstand bestimmte. Nach diesen Untersuchungen ist das beste Lösungsmittel das Lycetol; hierauf folgt Lysidin, dann an dritter Stelle Piperazin und Urotropin, weiter Kalium bicarbon., sodann Lithiumkarbonat und zuletzt Natr. bicarbon. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Erfahrungen über die harnsaure Diathese und ihre Therapie. Von Grimm. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 13, 1903.)

G. stellt folgende Grundsätze für die Diät und Behandlung der harnsauren Diathese auf:

1. An harnsaurer Diathese und an Gicht Erkrankte müssen im Essen sehr mäfsig sein, 2. sich mehr körperliche Bewegung verschaffen, 3. dem Körper gröfsere Mengen von unschädlicher Flüssigkeit zuführen, am besten ein passendes Mineralwasser, welches viel doppeltkohlensaures Natron und Kochsalz, aber nicht zuviel doppeltkohlensauren Kalk enthält. 4. Sie dürfen nur leicht verdauliche Nahrung aufnehmen, 5. keine sauren Speisen und Getränke geniefsen. 6. Müssen den Gichtkranken Alkalien dargereicht werden. Zu diesem Zwecke hat sich nach G. am besten die an doppeltsaurem Natron und Kochsalz sehr reiche Sauerbrunner Paulquelle bewährt. von Hofmann-Wien.

The relation between uric acid excretion and the destruction of leucocytes. Von Williamson. (Brit. Med Journ. March 7, 1903.)

In diesem vor der Pathol. Soc. of London gehaltenen Vortrage kommt W. zu folgenden Schlüssen:

1. Nahezu in jedem Falle, wo auf ein Steigen der Phosphorsäureausscheidung eine Abnahme der weifsen Blutkörperchen folgte, trat eine Steigerung der Harnsäureausscheidung ein.

2. In der Mehrzahl der Fälle konnte der Nachweis geliefert werden, dafs es sich um ein Zugrundegehen der weifsen Blutkörperchen handle.

3. Bei plötzlichen ausgesprochenen Schwankungen der Zahl der weifsen Blutkörperchen zeigten sich ähnliche Schwankungen in der Phosphor- und Harnsäureausscheidung.

4. Bei Kindern ist die Phosphor- und Harnsäureausscheidung gröfser als beim Erwachsenen und die Schwankungen der ersteren folgen rascher auf die Abnahme der weifsen Blutkörperchen.

von Hofmann-Wien.

Beiträge zur Alloxurkörperfrage und zur Pathologie der Gicht. I. Teil. Über Einflufs der Individualität und Nahrung auf die Alloxurkörperausscheidung. Von Kaufmann und Mohr. (Aus der med. Abt. des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (Deutsches Archiv f. klinische Medizin. 74. Band, Heft 1 u. 2.)

Hier können nur die Schlufssätze referiert werden; in Bezug auf die Einzelheiten mufs auf das Original verwiesen werden.

1. Die Harnalloxurkörper setzen sich aus einem endogenen und exogenen Bestandteil zusammen.

2. Den endogenen Anteil lernen wir dadurch kennen, dafs wir dem Organismus nur nukleïnfreie Nahrung zuführen; er wird repräsentiert durch die Alloxurmenge, die der Organismus aus sich selbst durch Nukleïneinschmelzung bildet, soweit sie überhaupt ausgeschieden wird, bezw. weiterer Oxydation entgeht.

3. Der endogene Alloxurwert ist nicht ein Ausdruck des Nukleïnhungers, sondern nur der Einschränkung der Nukleïnzersetzung auf das notwendige Mindestmafs.

4. Durch Kalorienüberfütterung kann man, wenigstens in einzelnen Fällen, den endogenen Alloxurwert noch weiter herabdrücken; es scheint dadurch Kerneiweifs gespart zu werden.

5. Der endogene Alloxurwert ist eine individuelle Gröfse.

6. Die Menge des exogenen Alloxuranteils richtet sich nicht nur nach der Art des nukleïnhaltigen Nahrungsmittels, sondern auch nach der momentanen Disposition des Individuums.

II. Teil. Beiträge zur Alloxurkörperfrage und zur Pathologie der Gicht. (Ebenda, Heft 3 u. 4.)

Mafsgebend für die Beurteilung kann nach obigem nur der endogene Alloxurwert sein; derselbe, als N berechnet, schwankt zwischen 0,12 und 0,21 g pro die. Das Verhältnis des Basenanteils der Gesamtalloxurkörpermenge zum Anteil der $\bar{U}$ fanden die Verf. normalerweise als innerhalb so weiter Grenzen schwankend, 1:4,2 bis 1:9,5, dafs nur ganz beträchtliche Abweichungen als pathologisch betrachtet werden können.

Bei Nephritis fanden Verf. $\bar{U}$- und Basenmengen, die zwar relativ grofsen Schwankungen ausgesetzt sind, aber doch durchaus innerhalb normaler Grenzen liegen, ebenso wie der Quotient $\frac{\text{Alloxurbasen.N}}{\bar{U}\text{N}}$.

Bei der Gicht bestätigten sie die allgemeine Ansicht, dafs die Alloxurkörper-Werte an sich ebenso wie obiger Quotient normale sind. Beim Diabetes wurden z. T. abweichende Werte gefunden, die der ausgedehnteren Nachprüfung bedürfen. Bei der chronischen Leukämie sind die endogenen Alloxurwerte z. T., wie bekannt, abnorm hohe, z. T. aber normale; in letzterem Fall sei die Erkrankung eine relativ leichte. Bei der Pneumonie endlich wurde nicht nur zur Zeit der Krise, sondern während des ganzen Verlaufes vermehrte Alloxurkörperausscheidung festgestellt.

III. Teil. Stoffwechselbeobachtungen bei 5 Gichtkranken. (Ebenda. Heft 5 u. 6.)

Bei Gichtikern werden sowohl N-Abgabe wie N-Retention beobachtet, welche z. T. als Eiweifseinschmelzung, z. T. als Ausschwemmung von N-haltigen Schlacken, resp. als Eiweifsansatz oder einfache N-Retention zu deuten sind; diese Dinge kombinieren sich in wechselnder Weise bei den verschiedenen Individuen und in den verschiedenen Phasen der Gicht. Bezüglich der Schwierigkeit in der Deutung der gewonnenen Zahlen unter Berücksichtigung der P_2O_5-Ausscheidung und des Körpergewichts siehe das Original.

Die N-Ausnutzung im Darm des Gichtikers ist verschieden; in der Mehrzahl der Fälle schlechter als normal (8 % Verlust = normal). Bezüglich der Nukleïnresorption haben Verf. keine klaren Resultate erhalten; mehr als $^3/_5$ scheint als resorbiert angenommen werden zu können. Nukleïnansatz konnte in einem Falle ausgeschlossen werden; in 3 anderen ist zweifellos resorbiertes Material als solches zum Ansatz gekommen.

Endlich haben sich die Verf. mit der Frage nach der Harnsäureretention beim Gichtkranken befafst; sie kommen zu dem Resultat, dafs der hierfür von Löwy als mafsgebend angesehene Quotient $\overline{U} : P_2O_5$ unbrauchbar ist, zur Entscheidung der Frage herangezogen zu werden.

In Bezug auf die Diät fügen Verf. anhangsweise Tabellen an, welche zeigen, dafs es wenigstens für die $\overline{U}$-Bildung — den z. Z. einzigen Mafsstab für ein empfehlenswertes Nahrungsmittel — gleichgültig ist, ob weifses oder dunkles Fleisch dem Gichtiker gegeben wird.

G. Zuelzer-Berlin.

Über Vorkommen und Nachweis von Fruchtzucker in den menschlichen Körpersäften. Von C. Neuberg und H. Straufs. (Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. 36, S. 227.)

Verf. weisen den Fruchtzucker in alkoholischen Extrakten, die bei stets saurer Reaktion gewonnen werden müssen, durch asymmetrisches Methylphenylhydrazin (C_6H_5—NCH_3—NH_2) als Osazon nach. Es ergab sich mit Sicherheit, dafs sich sowohl im Blutserum als auch in den Gewebs- (Ascites und Pleura) flüssigkeiten in gewissen Fällen Lävulose einwandsfrei nachweisen läfst und zwar gleichgültig, ob man vorher Lävulose dargereicht hat oder nicht. Im Harn wird zwar für praktische Fälle der positive Ausfall der etwas unsicheren Selivanoffschen Reaktion (Bildung eines roten alkohollöslichen Farbstoffes beim Kochen mit Resorcin und Salzsäure) im Verein mit Linksdrehung und Gärfähigkeit ausreichen, in zweifelhaften Fällen wird aber Verf.s Methode in Anwendung kommen müssen.

Malfatti-Innsbruck.

Sur la glycolyse dans le sang „in vitro“. Von R. Lépine und Boulud. (Acad. des sciences 12. Jan. 1903.)

Normales, arterielles, defibriniertes Blut zerstört bei einer Temperatur von 38—39° C. innerhalb einer Stunde 30% seines Zuckers. Diese glykolytische Fähigkeit wird zerstört durch Betäuben des Tieres mittelst Schlages auf den Kopf, oder durch Betäuben mit Leuchtgas oder nach vorgängiger intravenöser Injektion von 0,01 g Adrenalin, während Zusatz von Adrenalin in vitro die zuckerzerstörende Fähigkeit des Blutes nicht beeinflufst. Sie wird auch in vitro aufgehoben durch Zusatz einer 1%igen Fluornatriumlösung.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Eine empfindliche, einfache und rasch ausführbare Zuckerprobe mit oxalsaurem Phenylhydrazin. Von Prof. Dr. E. Riegler in Jassy. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 15.)

In Nr. 3 der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1903 hat Riegler eine Modifikation der Phenylhydrazinmethode veröffentlicht, die er jetzt noch mehr vereinfacht hat, indem er statt des salzsauren oxalsaures Phenylhydrazin benutzt, wobei dann der Zusatz des Natriumacetats überflüssig wird. Die Probe wird folgendermafsen ausgeführt: In einem gröfseren Reagenzglase wird 1 ccm der auf Zucker zu untersuchenden Flüssigkeit (Harn) mit einer Messerspitze oxalsauren Phenyl-

hydrazins und 10 ccm Wasser gemischt. Die Mischung wird über einer kleinen Flamme unter Umschütteln bis zur vollständigen Lösung erhitzt, dann werden 10 ccm einer 10% Kalilauge hinzugesetzt, die Mischung kräftig durchgeschüttelt. Bei Anwesenheit von Zucker (untere Grenze 0,05%) tritt innerhalb einer Minute eine schöne violettrote Farbe auf, eine später auftretende Färbung ist wertlos.

Bei dieser Untersuchungsmethode kommt man schneller zum Ziele, und man erspart die mikroskopische Untersuchung auf die Anwesenheit von Phenylglucosazonkristallen. Ludwig Manasse-Berlin.

Zur Zuckerbestimmung im Harne und über Hefe. Von Münzer. (Prag. med. Wochenschr. Nr. 9, 1903.)

Im Verein deutscher Ärzte in Prag berichtete M. über Versuche, die er angestellt hat um zu erproben, ob man nicht die Gärungsprobe mittelst eines Enzyms machen könne. Er versuchte zu diesem Zwecke das Zymin und das Furunkulin, doch war er mit den Resultaten nicht sehr zufrieden.

Salus glaubt, dafs die Reduktionsproben wegen ihrer Einfachheit die Reaktionen für den praktischen Arzt bleiben werden.

von Hofmann-Wien.

Dauerhefen und Zuckerbestimmung im Harne. Von Münzer. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 8.)

Münzer untersuchte, ob unter den Dauerhefen das Furonculine und Zymin zur Zuckerbestimmung sich eignen, fand aber, dafs Furonculine zu wenig und Zymin zu viel Zucker anzeigt. Bei dem Zymin speziell konnte er feststellen, dafs es aus sich selbst Kohlensäure entwickelt, wenn es mit Wasser, und noch mehr, wenn es mit Kochsalzlösung zusammengebracht wird. Ludwig Manasse-Berlin.

Eine Methode zum qualitativen Nachweis von Pentosen im Harne unter Ausschlufs der Glykuronsäuren. Von K. v. Alfthan. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 47, S. 417.)

Gepaarte Glykuronsäuren sind (wenn auch nicht quantitativ) fällbar durch Benzoylchlorid und können so in der verseiften Estermenge das Vorhandensein von Pentosen vortäuschen. Da aber die Natronsalze dieser Säuren in Alkohol unlöslich sind, braucht man nur die aus 500 ccm Harn in üblicher Weise gewonnenen Benzoylester mit Natriumäthylat zu verseiften und zu filtrieren. Wenn dann in dem alkoholischen Filtrate mit Phloroglucin oder Orcin und Salzsäure Pentosenreaktion auftritt, so ist sie nur auf diese, nicht auf Glykuronsäuren zu beziehen. Die Angabe, dass die gepaarten Glykuronsäuren im Gegensatz zur freien Säure Pentosenreaktion nicht zeigten, ist wenigstens bei den 4 vom Verfasser untersuchten Paarlingen nicht richtig. Malfatti-Innsbruck.

Variations de l'uréogénie sous l'influence de la glycosurie alimentaire provoquée. Von X. Gouraud. (Soc. de biologie de Paris 8. Nov. 1902.)

Aus diesen Versuchen an 20 Fällen ergiebt sich folgendes: Bei

normaler Leber ist die Ur-ausscheidung konstant, eine Verminderung dieser Zahl deutet auf eine Insufficienz der Leberzelle, während eine Vermehrung derselben eine Überfunktion der Leber bedeutet. Daher ist eine Bestimmung der Harnstoffmenge bei alimentärer Glykosurie für die Prognose wichtig. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Ausscheidung der Glykuronsäure. Von M. Bial. (Zeitschr. f. klin. Med. 47. Bd., Heft 5 u. 6.)

B. resümiert seine Untersuchungsergebnisse dahin, an der Vorstellung über die Abhängigkeit der Glykuronsäure-Ausscheidung von Zufälligkeiten festzuhalten. Eine klinische Verwertbarkeit derselben wird erst dann statthaben können, wenn es gelingen sollte, eine brauchbare quantitative Methode der Bestimmung auszuarbeiten.

G. Zuelzer-Berlin.

Über spontane Lävulosurie und Lävulosaemie. Von H. Rosin u. L. Laband. (Aus d. Königl. Universitäts-Poliklinik und dem chem. Laboratorium des pathol. Instituts.) (Zeitschrift f. klinische Medizin, Bd. 47, Heft 1 u. 2.)

Verf. haben bei einer grofsen Reihe von diabetischen Harnen den Nachweis geführt, dafs sie neben dem vorherrschenden Traubenzucker auch linksdrehenden Zucker (Lävulose) in immerhin beachtenswerter Menge enthielten, welch letzterer durch die Seliwanoffsche Fruktose-Reaktion leicht erkenntlich war. Die Differenz zwischen Titrations- und Polarisationswert bezogen die Autoren dann auf auf die Lävulose, indem sie nachwiesen, dafs nach Vergärung Polarisation, Reduktion und Seliwanoffsche Reaktion gleich Null waren. Doch gelang ihnen auch die direkte Darstellung der Lävulose mittels Anwendung von Acethyl-Phenyl-Hydrazin nach C. Neuberg. Auch im Blute eines Diabetikers konnten Verf. Lävulose in so erheblichen Mengen nachweisen, dafs ihr Drehungsvermögen dasjenige des Traubenzuckers sogar bei weitem übertrat.

Verf. berichten ferner über einen Fall von fast reiner Lävulosurie und nur minimaler Glykosurie; das Blutserum enthielt hier 0,9 % linksdrehenden Zucker. Es gelang nicht, eine alimentäre Steigerung der Lävulosurie hervorzurufen; die Krankheitssymptome waren ganz die eines gewöhnlichen Diabetes. —

Obige Beobachtungen fordern auf, in allen Fällen von Glykosurie auch die Seliwanoffsche Reaktion (feuerrote Färbung nach Erhitzen von gleichen Teilen Harn und rauchender HCl mit einigen Körnchen Resorcin) anzustellen. G. Zuelzer-Berlin.

Über Acetonurie. Von Offer. (Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. in Wien 1903, Nr. 2.)

Aus den Selbstversuchen O.s geht hervor, dafs die Acetonurie nicht nur von der Zufuhr wechselnder Mengen freie Fettsäuren enthaltenden Fettes abhängig ist, sondern dafs neben der Abstinenz von Kohlehydraten die Unterernährung zu den wichtigsten Faktoren für ihr Zustandekommen gehört. von Hofmann-Wien.

Diabetic and non diabetic glycosuria. Von White. (Brit. Med. Journ. March 21 u. 28, 1903.)

In diesem vor der Chelsea med. soc. gehaltenen Vortrage macht W. darauf aufmerksam, dafs die Trommersche Zuckerprobe nicht verläfslich sei. Eine Zuckerreaktion, die so empfindlich sei wie manche Eiweifsproben, fehle bis jetzt. Über das Wesen der Glykosurie und des Diabetes sei noch wenig bekannt und noch nicht festgestellt, ob es sich bei letzterem nicht um mehrere Krankheiten handle.

Pavy definiert den Diabetes als eine mehr oder weniger persistierende Störung des Assimilationsvermögens für Kohlehydrate, deren Folge Glykosurie ist.

Soundby betont, dafs unter den zahlreichen Ursachen für Glykosurie der Alkohol eine der häufigsten sei.

Bradford stellt fest, dafs Zucker nicht nur in kleinen Quantitäten beim Gesunden, sondern auch bei anderen als diabetischen Prozessen vorkommen könne. Nicht diabetische Glykosurie kann sich nach Traumen und funktionellen Störungen des zentralen Nervensystemes finden, ferner bei übermässiger Einfuhr von Kohlehydraten bei bestimmten Personen, vielleicht unter dem Einfluss gewisser toxischer Substanzen, möglicherweise auch als Folge von Muskelermüdung.

Hutchinson. Es giebt keine für alle Fälle von Glykosurie passende Diät. Bei nicht diabetischer, vorübergehender Glykosurie erscheint oft eine Änderung der Diät überhaupt nicht ratsam; bei leichten Fällen von Diabetes genügt die Einschränkung der Kohlehydratzufuhr und nur bei den schwersten Formen ist die letztere ganz einzustellen und die Eiweifszufuhr zu beschränken.

Ewart ist der Ansicht, dafs die Behandlung des Diabetes bei jüngeren Individuen durch hygienische Mafsnahmen der medikamentösen vorzuziehen sei.

Gibbes konstatiert, dafs entgegen der verbreiteten Annahme, dafs sich bei venösen Stauungen Zucker im Urin finde, dies nur selten der Fall sei.

Mackenzie bespricht einige Details in der Anwendung der Fehlingschen Probe. Er hält vorübergehende Glykosurien für nichts seltenes.

White betont im Schlufsworte, dafs die Glykosurie nur ein Symptom und vielleicht nicht einmal das wichtigste des Diabetes sei. Er wendet sich gegen die Behauptung Soundbys, dafs Alkohol eine der Hauptursachen des Diabetes sei, da kein Beweis vorliege, dafs durch absoluten Alkohol Diabetes erzeugt werden könne oder dafs nicht gezuckerter Alkohol in mäfsigen Quantitäten für Diabetiker schädlich sei.

von Hofmann-Wien.

Zur Kenntnis des Phloridzindiabetes. Von Dr. Otto Loewi. I. Über den Einflufs der Applikationsweise des Phloridzins auf die Gröfse der Zuckerausscheidung. II. Über den Einflufs des Kampfers auf die Gröfse der Zuckerausscheidung im Phloridzindiabetes. Ein Beitrag zur Lehre von der Herkunft der Glykuronsäure im Tierkörper. III. Zur Frage nach der Bildung von Zucker aus Fett. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 47, S. 48, 56, 68.)

I. Subkutane Phloridzineinspritzungen erzeugen viel stärkeren Diabetes als Phloridzinfütterung. Diese Erscheinung beruht nur darauf, daſs das Gift im Darme in ein schwer resorbierbares, aber noch kräftig wirksames Spaltungsprodukt umgewandelt wird; eine Fixation oder Zerstörung des Giftes in der Leber findet nicht statt. Eine Erhöhung der maximalen Dosis des Giftes, d. h. einer solchen, deren Steigerung nicht mehr eine Verstärkung des Diabetes hervorruft, bringt diese Verstärkung doch noch hervor, wenn gleichzeitig die Nahrungszufuhr (Fleisch) erhöht wird. Schwankungen der Körpertemperatur (Nebenerscheinung der Injektionen) beeinflussen die Phloridzinglykosurie nicht wesentlich.

II. Da die Glykuronsäurebildung auf Bindung der Aldehydgruppe des Zuckers und nachträgliche Oxydation der zweiten endständigen Gruppe desselben zurückgeführt wird, musste bei dem mit Phloridzin maximal vergifteten Tiere ein vikarierendes Auftreten von Glykuronsäure statt des Zuckers zu beobachten sein. Die Versuche mit Kampfer bestätigten diese Erwartung nicht, und Verfasser kommt zum Schlusse, daſs die Glykuronsäure überhaupt nicht aus dem Zucker entstehe, und daſs auch die Muttersubstanzen der beiden Körper nicht identisch seien. (Da im Phloridzintier der Zucker ohnedies als schon gebunden betrachtet werden muſs, sind diese Schlüsse nicht auf das Verhalten im normalen Tier übertragbar. Dort ist die Abstammung der Glykuronsäure aus dem Zucker wohl schon durch die Entgiftung von Thuion, Sabinol u. s. w. durch Zucker festgestellt. Ref.)

III. Fettzulage zur Nahrung phloridzinvergifteter Hunde brachte wohl ein Absinken des ausgeschiedenen Stickstoffes zuwege, der Zuckergehalt des Harnes zeigte aber nicht eine Steigerung sondern eher ein leichtes Absinken. Der Zucker kann also wohl nicht aus dem Fett gebildet werden können. Verf. glaubt, daſs der Eiweiſszerfall beziehungsweise die Zuckerbildung daraus, gleich bleibe, daſs aber der stickstoffhaltige Eiweiſsrest nicht ausgeschieden, sondern retiniert werde; so sei also die nach Fettzulage beobachtete Steigerung des Verhältnisses der Stickstoff- zur Zuckerausscheidung über das sonst höchste Maſs von 3·8 hinaus nur eine scheinbare und als Beweis für Zuckerbildung aus Fett nicht zu verwerten. Malfatti-Innsbruck.

Over den aard van den phloridzine diabetes in verband met het vraagstuk van den renalen diabetes. Von A. R. Wiersdma. (Dissertation: Leiden 1902.)

Nach Ws Versuchen an Kaninchen wird Phloridzin früher ausgeschieden, als die Glykosurie aufhört. Albumen konnte im Urin niemals nachgewiesen werden. Es handelt sich bei dieser Form von Diabetes um geringgradige Schädigung der Nieren, als deren Folge die Zuckerausscheidung auftritt. Wir müssen demnach eine Zuckerharnruhr renalen Ursprungs annehmen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Untersuchungen über einen Fall von Diabetes insipidus. Von Dr. T. W. Tallqvist. (Aus d. med. Klinik in Helsingfors.) (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 49, S. 181.)

Die Analysen umfassen Stickstoff, Kohle, Harnsäure und Chlorna-

trium, Harnmenge, spez. Gewicht und Gefrierpunktserniedrigung. Bezüglich der Harnsäure konnte festgestellt werden, dafs ihre endogene Bildung in normalen Grenzen liegt (0,13 g N pro die). Es zeigte sich ferner, dafs die prozentuale Zusammensetzung des Harns nur ganz unwesentlich bei der einen oder der anderen Diät wechselt, und dafs namentlich das NaCl-Prozent auffallend geringe Veränderungen aufweist. Dagegen war die Menge des Harns — in seiner mehr minder unveränderter Beschaffenheit — direkt von der Art der Nahrung abhängig und zwar so, dafs dieselbe mit der Quantität der durch die Nieren auszuscheidenden Produkte zunahm. Bei einer sehr eiweifsarmen Kost (3,76 g N pro die), bei der Pat. übrigens im N-Gleichgewicht blieb, sank die Harnmenge von ca. 7 l auf 3—3 $^1/_2$ und fühlte sich Pat. am wohlsten. T. nimmt als möglich an, dafs es sich beim Diabetes insipidus um eine Beschränkung des Funktionsvermögens der Nieren in der Richtung handele, dafs die zur Ausscheidung durch die Nieren bestimmten Substanzen dieselben nur in gröfseren Verdünnungen als normal passieren können; oder aber, dafs das Resorptionsvermögen der Epithelien der Harnkanälchen für das Wasser des schon gebildeten Harns gelitten habe. G. Zuelzer-Berlin.

Ein Fall von Diabetes mellitus. Von Dr. Gutmann-Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 7, Vereinsbeilage.)

Der Verf. berichtet über einen Fall von Diabetes mellitus, bei dessen Sektion sich eine akute interstitielle Pankreatitis fand. Ein Zusammenhang beider Erkrankungen lag aber nicht vor, denn der Diabetes mufs nach dem Nierenbefunde und bei der starken Macies der Kranken viel länger bestanden haben, als die Pankreatitis, die noch frischen Datum war. Der Eintritt des Coma diabeticum kann aber möglicherweise durch die Pankreatitis ausgelöst worden sein. In der Diskussion zu dieser Mitteilung weist Ewald noch besonders darauf hin, dafs von amerikanischen Autoren Fälle von akuter Pankreatitis veröffentlicht seien, bei denen ein Diabetes beobachtet worden ist.

Ludwig Manasse-Berlin.

Le traitement du diabète sucré par la méthode de Vigouroux. Von J. Morin. (Thèse de Paris 1902. Nach Le mois thérapeutique 1903, S. 11.)

Die Methode V.s besteht darin, dafs die Diabetiker 14 Tage lang absolute Milchdiät halten, um hierauf 14 Tage lang wieder gewöhnliche Kost zu geniefsen, und diese Abwechselung findet so lange statt, bis der Urin auch nach gewöhnlicher Kost zuckerfrei geworden ist. Die Patienten dürfen beliebige Quantitäten Milch geniefsen, doch kann durch ein Übermafs die Glykosurie gesteigert werden. Ausgezeichnet günstig wird die Krankheit weiter durch Franklinisation und zwar in Form von Bädern von mindestens $^1/_4$ Stunde Dauer beeinflufst. Doch kann die statische Elektrizität bei geschwächten Kranken schaden, daher richtet er sich nach dem Stickstoffkoeffizienten des Urins, der normaliter zwischen

85 und 90 schwankt. Über den Wert der Hochfrequenzströme liegen noch nicht genügende Beobachtungen vor.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

The glycosuria of lactation. Von Harbinson. (Brit. Med. Journ. Febr. 7, 1903.)

Eine junge Dame wollte nach 11 Monaten ihr Kind abstillen, trotzdem noch reichlich Milch vorhanden war. Darauf Schwellung und Schmerzen in den Brüsten. Im Urin 3 $^0/_0$ Zucker, welcher nach 8 Tagen mit der Schwellung der Brüste verschwunden war.

von Hofmann-Wien.

Diabetic coma treated by transfusion. Von Young. (Brit. Med. Journ. March 7, 1903.)

Bei dem 39 jährigen diabetischen Patienten traten 2 Tage nach der Aufnahme Unterleibs- und Kopfschmerzen, später Erbrechen und Schläfrigkeit auf. Im Urin fand sich Diacetessigsäure. Am nächsten Tage wurde circa 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung intravenös injiziert, worauf Besserung eintrat; diese Infusion wurde nach einigen Stunden wiederholt. In den nächsten Tagen erhielt der Kranke je $^3/_4$ Liter und im weiteren Verlaufe noch 4 mal je einen Liter intravenös injiziert. Jedesmal trat Besserung ein. Er starb plötzlich am 14. Tage nach der Aufnahme, während gerade zur Infusion hergerichtet wurde.

von Hofmann-Wien.

Diabetic coma. Von Hadson. (Brit. Med. Journ. Febr. 7, 1903.)

Ein 13 jähriges Mädchen wurde nach kurzem Unwohlsein von Konvulsionen befallen. Die Mutter gab an, in der letzten Zeit bemerkt zu haben, dafs das Kind abmagere, mehr trinke und häufiger uriniere. Im Urin war nur einmal Zucker nachweisbar, später nicht mehr. Die Kranke wurde immer schwächer und starb 4 Tage später unter den Erscheinungen des typischen diabetischen Komas. Vor dem Tode gab der Urin die Acetonreaktion. von Hofmann-Wien.

Urämie bei Diabetes mellitus durch Aderlafs günstig beeinflufst. Von Weil. (Prager med. Wochenschr. Nr. 3, 1903.)

Die 52 jährige Patientin, bei welcher seit 3 Jahren starker Husten und morgendliches Erbrechen bestand und welcher seit 1 Monat die Füfse geschwollen waren, wurde bewufstlos ins Spital gebracht. Im Urin Eiweifs und Zucker. Im Sedimente reichliche granulierte und hyaline Cylinder. Von Zeit zu Zeit kurzdauernde tonisch-klonische Krämpfe. Es wurde ein Aderlafs vorgenommen, und 1000 ccm Blut entleert. Daraufhin Besserung und am 3. Tage waren die schweren komatösen Erscheinungen geschwunden. von Hofmann-Wien.

Über Carcinom und Diabetes. Von Dr F. Boas. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 11.)

Die Untersuchungen des Verf. beziehen sich auf das Verhalten des

Diabetes im Verlaufe des Carcinoms, die gegenseitige Beeinflussung beider Krankheiten, auf die Frage der antidiabetischen Behandlung bei Zusammentreffen mit Carcinom, endlich auf das operative Eingreifen bei carcinomatösen mit gleichzeitigem Diabetes. B. hat unter 366 Fällen von Intestinalcarcinom 12 mal Diabetes beobachtet, und zwar betrafen sämmtliche Fälle Männer. Im Gegensatz zu Tuffier, der sich dahin ausspricht, dafs das Carcinom bei Diabetikern sehr langsam wachse, und in Übereinstimmung mit Kappler, Gilbert und Weil hat Verf. häufig einen sehr stürmischen Verlauf beobachtet, allerdings meist dann, wenn das Carcinom auf einen floriden Diabetes stöfst, während in den Fällen, in denen der letztere geringe Symptome macht, der Verlauf des Krebses ein gutartigerer war. Umgekehrt ist nicht zu erkennen, dafs das Carcinom Neigung zeigt, Diabetes oder Glykosurie hervorzurufen, was auch für das Pankreascarcinom zutrifft; dennoch scheint recht oft ein bestimmter Zusammenhang zwischen beiden Affektionen insofern vorzuliegen, als in einer Reihe von Fällen mit dem Hervortreten des Carcinoms eine auffallende Toleranz gegen Kohlehydrate hervortritt, während in einer anderen Reihe der Diabetes zwar bis zum Ende bestehen bleibt, jedoch jedenfalls infolge der zunehmenden Cachexie und der verringerten Nahrungsaufnahme wesentlich an Umfang abnimmt. — Was die Frage der operativen Eingriffe bei Carcinom und Diabetes anbetrifft, so erinnert Verf. daran, dafs ein latenter oder bereits erloschener Diabetes infolge oder nach der Operation wieder florid werden und nun eine maligne Form annehmen kann, wie die Litteratur und ein von ihm selbst beobachteter Fall beweisen, im übrigen ist die Indikations- und Prognosenstellung in diesen Fällen mit besonderer Vorsicht zu handhaben, jedenfalls wird man immer vor der Operation die Patienten zu entzuckern suchen.

Paul Cohn-Berlin.

2. Erkrankungen der Nieren.

Über einige Entwicklungshemmungen der Niere. Vortrag in der Gesellsch. f. Morph. und Phys. zu München. Von Dr. E. Meyer. (II. med. Klinik zu München.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 18.)

In dem einen der demonstrierten Fälle (Niere eines 9 Wochen alten Kindes) fand sich an Stelle der Tubuli contorti ein undifferenziertes zellreiches Gewebe als Grundsubstanz für die Malpighischen Körperchen und die von der Marksubstanz her eindringenden geraden Kanälchen. In einem anderen Falle (kongenitale aplastische Cystenniere) verlor sich der Ureter in 2 Sprossen, welche peripherwärts nach der Richtung des Nierengewebes verliefen; ehe sie dies erreichten, endete der eine vollkommen blind, während der andere mehrere kleine, blinde, sekundäre Aussprossungen zeigte. Es sind das Befunde, welche geeignet erscheinen, die Lehre von der Entwicklung der Nieren aus zwei getrennten Anteilen zu stützen. In einem weiteren Falle von kongenitaler Cystenniere konnte M. die Beobachtung Ribberts bestätigen, dafs in vielen Fällen die Cysten einerseits aus erweiterten Glomerulusräumen, andererseits aus

dilatierten geraden Kanälchen hervorgehen. Aus den hochinteressanten Demonstrationen und Ausführungen M.s ergiebt sich, dafs wir zur Erklärung verschiedener pathologischer Vorkommnisse in der Niere als das Primäre eine Entwicklungshemmung anzusehen haben, der sich sekundäre Prozesse hinzugesellen. Jesionek-München.

Untersuchungen zur Physiologie und Pharmakologie der Nierenfunktion. Von Dr. Otto Loewi. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 48, S. 410.)

Verf. untersuchte den Parallelismus zwischen der Wasserabscheidung und der der festen Stoffe im Verlauf der Einwirkung verschiedener Diuretika, um die Frage zu entscheiden, ob die Niere secerniere (Heidenhain) oder filtriere und das Filtrat durch Rückresorption eindicke (Ludwig). Es zeigte sich, dafs die Ausfuhr von Harnstoff, Chlornatrium, injizierter überschüssiger Phosphorsäure und Zucker nach Pankreasexstirpation während der Diurese gesteigert war; der Zucker nach Phloridzineinspritzung aber, und die normale Phosphorsäure-Ausscheidung liefsen sich durch Diurese nicht beeinflussen, und auch gleichzeitige Pilokarpinanwendung änderte an diesem Befunde nichts. Verf. greift zur Hilfsthypothese, dafs diese Stoffe im Blute in kolloider Bindung sich befänden, und dafs die letztere wie das Bluteiweifs nicht im Glomerulus filtrierte, sondern normaler Weise in den Nierenkanälchen gelöst würde, und so die gewöhnliche (durch Diurese nicht beeinflufste) Sekretion von Phosphorsäure u. s. w. ermöglicht werde. Im übrigen hält Verf. seine Versuche für starke Stüzen der Ludwigschen Hypothese. Er mufs aber zugeben, dafs die Rückresorption fester Stoffe in den Kanälchen nicht nur von deren Diffusibilität abhängt, sondern auch vom jeweiligen Bedarf des Organismus. Darum steigt bei kochsalzreichen Tieren im Gegensatz zu kochsalzarmen der Prozentgehalt des Harnes bei abklingender Diurese an. (Dieses Verhalten läfst sich nach Ansicht des Ref. nur durch aktive Ausscheidung einer konzentrierteren Kochsalzlösung auch ohne Diurese nach Heidenhain, nicht aber durch irgend eine Hilfshypothese zur Ludwig'schen Theorie erklären.) Ähnlich dem Kochsalz verhält sich auch Jodnatrium und Glaubersalz. Malfatti-Innsbruck.

Über die Beziehungen zwischen Funktionsleistung der Niere und Albuminurie bei der akuten Nephritis. Von Prof. M. Cloetta. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 48, S. 223.)

Je heftiger und frischer eine Nierenläsion ist, um so mehr überwiegen Nukleoalbumin und Globulin unter den Eiweifskörpern des Harnes, je schwächer und chronischer diese ist, um so mehr gelangt Serumalbumin zur Ausscheidung. Anderseits ist die Bestimmung des osmotischen Druckes des Blutes ein Gradmesser für die Funktionstüchtigkeit der Niere. In Versuchen mit Aloin und chromsaurem Kali, Nierengiften, welche hauptsächlich die Epithelien der Nierenkanälchen angreifen, zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Eiweifsmenge oder Eiweifsquotienten (Verhältnis Serumalbumin zu Globulin) und osmotischem Druck des Blutes; eher noch ging die Nukleoalbumin-Ausscheidung mit dem letzteren und der Schwere der Krankheit parallel.

Öfter zeigte sich ein Verschwinden der Eiweifsausscheidung, während die Messungen am Blute das Weiterbestehen, ja Stärkerwerden der Niereninsufficienz erwiesen; solche Fälle endeten letal. Bei Versuchen mit Kantharidin, von dem man annimmt, dafs es speziell die Glomeruli angreife, zeigte sich im mikroskopischem Bilde, wie in den anderen Versuchen, hauptsächlich das Kanälchenepithel angegriffen, doch war das Bild der Erkrankung anders Die Funktionstüchtigkeit der Niere (aus den Blutmessungen bestimmt) sank hier trotz sehr bedeutender Eiweifsausscheidung nie so tief wie in den anderen Versuchen, ein Parallelgehen mit der Eiweifsmenge war auch hier nicht zu erkennen, doch wurde der Eiweifsquotient recht konstant gefunden. Also trotz des scheinbar gleichen mikroskopischen Befundes war die Art der Nierenerkrankung eine andere, die Glomeruli waren mehr, die funktionierenden Epithelien weniger geschädigt. Das Nukleoalbumin des Harns stammt nicht aus dem Blute sondern aus der Niere, deren Zellen reichlich nukleinhaltiges Material enthalten; so lassen sich aus akut entzündeten Nieren durch Zerreiben mit schwach alkalischem Wasser beträchtliche Mengen Nuklein gewinnen, aus gesunden Nieren nicht. Daher findet sich auch im Harn bei Schrumpfniere fast kein Nukleoalbumin.

Malfatti-Innsbruck.

Neueres auf dem Gebiete der Nierenkrankheiten. Von Singer. (Prager med. Wochenschr. 1902, Nr. 41 u. f.)

S. bespricht hauptsächlich Beobachtungen, welche sich auf die Symptome der Nierenblutung, des Nierenschmerzes und der Albuminurie beziehen. So macht er auf die Hämaturien, wie sie bei Soldaten nach anstrengenden Ritten eintreten, aufmerksam. Diese Nierenblutungen sind von kurzer Dauer. Des weiteren bespricht S. die Nierenblutungen, welche sich scheinbar ohne jede pathologische Veränderung der Nieren einstellen. Man hat dieselben zum Teile als renale Hämophilie, zum Teile als angioneurotische Blutungen bezeichnet. Im allgemeinen soll man bei der Annahme einer Blutung bei unveränderter Niere mit der gröfsten Skepsis vorgehen. Eine weitere Quelle für Nierenblutungen bildet hier und da die Wanderniere.

Von Albuminurien wird besonders die sogenannte physiologische Albuminurie, wie sie sich nach gröfseren Anstrengungen einstellt, einer eingehenden Schilderung gewürdigt. Aufser diesen transitorischen Albuminurien giebt es auch persistierende, deren Erklärung bis jetzt noch nicht gelungen ist. Vielleicht handelt es sich in einigen Fällen trotz der fehlenden sonstigen Symptome um Morbus Brightii. Auch die cyklische Albuminurie wird eingehend besprochen.

von Hofmann-Wien.

The excretion of sodium and potassium in renal disease. Von Herringham. (Brit. Med. Journ. March 7, 1903.)

H. berichtet in der Pathol. Soc. of London über eine Reihe von Untersuchungen, welche er bezüglich der Na- und Ka-Ausscheidung bei

Nierenkranken angestellt hat. Es zeigte sich, dafs die Na-Ausscheidung bei letal endigenden Fällen aufgehoben oder stark vermindert war. Bei nicht tödlichen Fällen zeigte sich keine derartige Verminderung. Es dürfte also dieses Verhalten für die Prognose von Wichtigkeit sein. Die Ausscheidung des K zeigte keine wesentlichen Veränderungen.

von Hofmann-Wien.

Hémoglobinurie musculaire. Von Camus u. Fagnicz. (Académie des sciences. Le progrès médical 1902, No. 50.)

Man mufs 3 Formen von Hämoglobinurie unterscheiden: 1. die muskuläre H. infolge von Muskelverletzungen; 2. die globuläre H. infolge von Zerstörung von roten Blutkörperchen im zirkulierenden Blute; 3. globuläre H. infolge von globulicider Beschaffenheit des Urins.

Hentschel-Dresden.

Zur Pathologie und Therapie des Scharlachs. Peptonurie bei Scharlach. Oleum Terebinthinae bei Scharlachnephritis. Von A. Tobeitz. (Archiv f. Kinderheilk. 1902, Bd. 34, H. 3 u. 4.)

Die von Ervant ausgesprochene Ansicht, dafs die bei einem Scharlachanfalle auftretende Peptonurie immer eine Komplikation begleite oder einer solchen vorangehe, also prognostisch wichtig sei, kann Verf. nach seinen Untersuchungen nur teilweise bestätigen.

Als Entstehungsursache der Peptonurie kann er für seine Fälle im Gegensatz zu Ervant weder bakterielle noch fermentative Einflüsse annehmen, sondern er glaubt, dafs diese Ursache sich nicht absolut sicher feststellen lasse.

Bezüglich der Therapie bei Scharlach hat Verf. ebenso wie andere Autoren mit Ol. Terebinthinae die besten Erfahrungen gemacht. 1—2-malige Gaben von 15—20 Tropfen tägl. in Milch sind auch bei akuter Scharlachnephritis empfehlenswert. Die Erklärung für diese günstige Wirkung beruht vorläufig nur auf Hypothesen.

Hentschel-Dresden.

On the dietetic treatment of granular kidney. Von v. Noorden. Brit. Med. Journ. Nov. 1, 1902.)

Es handelt sich bei der Behandlung der granulierten Niere in erster Linie darum, von dem erkrankten Organe alle überflüssige Arbeit, sowie alle Reize fernzuhalten, doch darf man dabei nicht so weit gehen, dafs die Ernährung leidet. Es kann daher bei der akuten Nephritis die Diät eine strengere sein, als bei der chronischen. v. N. bespricht sodann folgende Fragen:

1. Welche Menge von Eiweifs ist bei granulierter Niere erlaubt? Aus zahlreichen Versuchen berechnet v. N. als Durchschnittsmenge für 70 Kilo Körpergewicht 92—112 Gramm für den Mann, 80—100 Gramm für die Frau.

2. Ist die Qualität des Eiweifses von Bedeutung? Diese Frage beantwortet v. N. verneinend. Man kann daher mit den Eiweifskörpern abwechseln, was für die Ernährung von grofser Wichtigkeit ist.



3. Soll der Patient viel oder wenig trinken? Im Gegensatz zu der bisher üblichen Behandlung mit grofsen Mengen von Milch und Mineralwasser erlaubt v. N. nicht mehr als $1^1/_2$ Liter Flüssigkeit täglich. Diese Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr erweist sich besonders günstig bei stärkerer Dilatation des Herzens und stenokardischen Anfällen.

4. Wie grofs soll die Gesamtmenge der täglichen Nahrung sein? Im allgemeinen soll ein Patient mit chronischer Nephritis gut genährt, aber nicht überfüttert werden, da im letzteren Falle leicht sekundäre Herzsymptome, wie stenokardische Anfälle auftreten können.

von Hofmann-Wien.

The diagnosis of chronic interstitial nephritis based upon physical signs, chiefly cardio-vascular. Von Miel. (Medicine Detroit. March 1903.)

Da in manchen Fällen von Schrumpfniere Eiweifs und Cylinder im Urin vollständig fehlen können, andererseits ihr Vorkommen nicht immer für eine schwere Nierenerkrankung beweisend ist, lenkt M. die Aufmerksamkeit auf die kardiovaskulären Symptome, welche in der Regel allein eine sichere Diagnose ermöglichen: Hypertrophie des Herzens und der Arterien, Accentuierung des 2. Aorten- und Pulmonaltones, Pulsation oberhalb des Sternums, Auftreten von Hämorrhagien, besonders Epistaxis.

von Hofmann-Wien.

Two cases of interstitial nephritis in congenital syphilis. Von Sutherland und Walker. (Brit. Med. Journ. April 25, 1903.)

Beim ersten Falle, einem 16 monatlichen Mädchen, bsstand neben der interstitiellen Nephritis auch Arteriitis syphilitica der Art. cerebr. ant. und med. sinistr. und Erweichung des linken Frontallappens. Beim 2. Falle, einem 8 monatlichen Mädchen, waren die Veränderungen in der Niere weniger ausgesprochen. Die Verf. glauben, dafs Syphilis eine wichtigere und häufigere Rolle in der Ätiologie der Nephritis des Kindesalters spiele, als gewöhnlich angenommen wird.

von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Frage der Ätiologie der chronischen Nephritis. Von Dr. Menzer. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 2, Vereinsb.)

Ein 20 jähriges Mädchen, das an chronisch parenchymatöser Nephritis litt, starb unter den Erscheinungen allgemeiner Sepsis. Bei der Sektion fanden sich eitrig-fibrinöser Ascites und vergröfserte Lymphdrüsen, die Streptokokkenthromben enthielten. Von diesen Drüsen aus war es zu einer Infektion der Nieren und zu allgemeiner Sepsis gekommen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Infarctus volumineux du rein. Séparation des urines. Von Achard und Grenet. (Soc. méd. des hôp. de Paris, 27. März 1903.)

Bei einem einseitigen Niereninfarkt ergab die Untersuchung mittelst des Harnscheiders von Luys, dafs auf der kranken Seite die ausgeschiedene

Urinmenge ein Fünftel der gesunden betrug, dafs aber die Harnstoffmenge auf beiden Seiten etwa die gleiche war. Der Infarkt schaltet also nur einen Bezirk aus der Niere aus, während der übrige Teil in normaler Weise funktioniert. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide. Von Dr. Hugo Lüthje. (Aus d. med. Klinik zu Greifswald.) (Deutsch. Arch. f. klinisch. Medizin, Bd. 74, Heft 1 u. 2.)

L. hat die auffällige Beobachtung gemacht, dafs nach Salicylgebrauch nicht nur, wie man früher angenommen hatte, in ganz seltenen Fällen, sondern regelmäfsig eine nicht unerhebliche Reizung der Nieren und überhaupt der gesamten ableitenden Harnwege auftritt. Konstant fand er Cylinder verschiedener Art und Cylindroïde im Harn, sowie gröfsere Mengen von Epithelien aus allen Abschnitten des Harnapparates, sehr häufig Eiweifs — bis zu bedeutenden Mengen — sowie rote und weifse Blutkörperchen Als positiven Eiweifsbefund hat er den positiven Ausfall der feinsten Reaktionen (Kochprobe mit Essigsäure, Essigsäure und Ferrocyankalium, Hellersche Probe) auch bei Frauen angesehen. Trotzdem fand er auch in eiweifsfreiem Harn Cylinder. Es fiel L. ferner als bemerkenswert auf, dafs oxalsaure Kalkkristalle gleichfalls nach Salicylgebrauch mit grofser Häufigkeit im Harnsediment erschienen. — Die Reizerscheinungen waren schätzungsweise parallel der Gröfse der Salicylgaben. Sie hielten bedeutend länger an, als die Salicylreaktion im Harn; durchschnittlich 9—14 Tage, einmal sogar 30 Tage. Die experimentelle Bestätigung, dafs es sich bei der Salicylwirkung auf die Nieren geradezu um eine akute Nephritis handelte, gaben 2 Versuche an Hunden mit nachträglicher Sektion und mikroskopischem Befund. Praktisch gelangt L. dennoch zu der Auffassung, dafs das Salicyl ein nicht zu entbehrendes Medikament darstellt; nur solle man nicht zu grofse Dosen (4 – 5 g täglich) und nicht, wie oft üblich, fortgesetzt. sondern nur 3—4 Tage lang geben. Die Untersuchung auf Albumen genüge nicht, um die Nierenreizung nachzuweisen, da dasselbe bei vorhandenen hyalinen und gekörnten Cylindern fehlen könne. — L. schliefst noch Bemerkungen über die Genese der Cylinder resp. Cylindroïde an.

G. Zuelzer-Berlin.

Valeur clinique de l'examen microscopique des urines. Von L. Bernard. (La Presse méd. 1903, S. 237.)

Am besten untersucht man die geformten Elemente im Urin ungefärbt. Was zunächst die Cylinder betrifft, so sagt ihr Nichtvorhandensein absolut nichts aus über die Schwere oder den geringen Grad einer Nierenerkrankung; bei der interstitiellen Nephritis z. B. werden Cylinder überhaupt fast niemals beobachtet. Von den Cylindern selbst haben diagnostische Bedeutung nur die granulierten und die Wachscylinder. Sie weisen immer auf eine starke und tiefgehende Destruktion der Niere, speziell der Heidenhainschen Tubuli hin. Doch ist ihr Vorhandensein

bei dieser Erkrankung nicht konstant, die Epithelzellen findet man in den verschiedensten Formen bei allen möglichen Schleimhauterkrankungen der Harnwege; besonders ausgeprägt ist dieser Polymorphismus bei der Cystitis. Bei der Pyelitis, der Hydro- und Pyonephritis findet man meist runde Epithelialzellen von mittlerer Gröſse, so daſs sie zur Differentialdiagnose dienen können und besonders dazu, um bei Anwesenheit von Tuberkelbazillen eine Tuberkulose der Niere zu diagnostizieren. Die Leukocyten im Urin sind fast durchgängig polynukleär, nur selten mononukleär. Zur Aufstellung einer Formel auf Grund ihres farbenanalytischen Verhaltens wie bei anderen Sekreten sind sie nicht geeignet und daher in differentialdiagnostischer Hinsicht ohne groſse Bedeutung. Spermatozoën findet man als Zeichen eines kurz vorher stattgefundenen Coitus oder als das einer Spermatorrhoe. Man sieht sie oft bei Neuropathikern. Sind Epithelzellen in abnormer Zahl vorhanden, so deuten sie immer auf ein Neoplasma hin. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Wirkung des Agurins. Von J. Jacobi. (Pest. med. chir. Presse 1903, S. 325.)

Das Agurin, eine Verbindung von Theobrominnatrium mit essigsaurem Natrium, wurde vom Verf. 32 Patienten entweder als Pulver von 1 g 3 mal tgl. oder als Lösung: Agurini 10,0 Aq. menth. pip. aq. destill. āā, 100,0 DS. in drei Tagen zu nehmen verordnet. Es erwies sich als ein sehr gutes Diuretikum, welches hauptsächlich bei solchen Stauungsödemen, welche ihren Ausgangspunkt im Herzen haben, von sehr guter Wirkung ist. Weniger gut wirkt es bei Stauungen des Pfortadersystems. Bei Exsudaten sowie meist auch bei Nierenleiden war es wirkungslos. Die Wirkung entfaltet Agurin gewöhnlich am 2., spätestens am 3. oder 4. Tage. Albuminurie ruft es nicht hervor. Von unangenehmen Nebenwirkungen wurden, abgesehen vom schlechten Geschmack, bei einigen Patienten Kopfweh, Übelkeit und Erbrechen beobachtet. In Lösung wird es meist gut vertragen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Das Theocin (Theophyllin) als Diuretikum. Von Stein. (Prager med. Wochenschr. Nr. 16, 1903.)

St. hat in 10 Fällen von Ödemen, Ascites u. s. w. das Theocin in der Dosis von 0,3 dreimal täglich angewendet. Das Präparat hat sich ihm als ein ausgezeichnetes Diuretikum erwiesen, welches gern genommen und gut vertragen wurde. von Hofmann-Wien.

Adrenalin und seine Wirkung im Bereiche der Harnorgane. Diskussion zu einem von Prof. Poehl im Verein St. Petersburger Ärzte gehaltenen Vortrage. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1903, Nr. 6.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII Bd., 4. H.)

Nissen hat bei innerlicher Anwendung des Adrenalins unangenehme Erscheinungen beobachtet. Bei einem Kinde mit hämorrhagischer Nephritis traten nach Suprarenalindarreichung Ohnmachtsanfälle, Eiweiſszunahme und Dunkelfärbung des Urins auf.

Hörschelmann sah bei hämorrhagischer Nephritis eines 5jährigen Kindes nach 6 Dosen zu 0,2 in 3 Tagen rasche Verminderung des Blutgehaltes, die allerdings schon vor der Medikation begonnen hatte.

Poehl fand bei Kaninchen nach 6 mg subkutan starke Glykosurie, nach 8 mg Nephritis; das letztere Tier ging zu Grunde. Die subkutane Verwendung ist jedenfalls noch nicht zu empfehlen wegen der Hämorrhagien. Beobachtungen am Krankenbett sind für die Erforschung des Adrenalins von gröfster Wichtigkeit.

Tiling hat das Adrenalin einige Male angewandt. Ein Blässerwerden der Schleimhaut trat nie ein. Hentschel-Dresden.

A note on the therapeutic value of adrenalin. Von Duncanson (Brit. Med. Journ. Febr. 21, 1903.)

1. Bei einem 32 jährigen Patienten, der schon vor 3 Jahren wegen Hämaturie nephrotomiert worden war, ohne dafs man eine Ursache für die Blutung gefunden hätte, trat im Anschlufs an Revaccination wieder heftige Hämaturie auf. D. gab ihm 4 stündlich 0,3 Adrenalin. In 24 Stunden hörte die Blutung auf und kehrte nicht mehr wieder.

2. Bei einem 34 jährigen Patienten mit chronischer Gonorrhoe und Strikturen wurde durch Adrenalininjektionen mittelst Katheters sehr guter Erfolg erzielt. von Hofmann-Wien.

Notes sur deux cas de tuberculose génito-urinaire. Von Cumston. (Arch. prov. de chir. No. 5, 1903.)

C. bespricht an der Hand zweier Krankengeschichten die zwei Formen der Urogenitaltuberkulose, die aufsteigende und die absteigende, Im ersten Falle entwickelte sich die Erkrankung vom Hoden aus, im zweiten von der Niere. In prognostischer Hinsicht hält C. die ascendierende Form für günstiger, da sie einer operativen Behandlung zugänglicher sei und auch die Diagnose früher gestellt werden könne.
von Hofmann-Wien.

Akute und chronische Dyspepsie bei Wanderniere. Von A. McGregor. (Lancet 1901, 14. Dez.)

Nach Verf. ist Wanderniere häufig die Ursache einer akuten oder chronischen, schmerzhaften Dyspepsie, die mit Flatulenz und Obstipation verbunden ist. In der Ätiologie der Wanderniere spielt festes Schnüren vor allem in Verbindung mit reichlicher Bewegung (Radfahren) eine grofse Rolle. Abmagerung und wiederholte Geburten sind zum Zustandekommen einer Wanderniere nicht unbedingt nötig. Die Symptome der Wanderniere verstärken sich nicht selten während der Menstruation. Bei der Behandlung genügen meist Bandagen, eine Operation ist nur selten nötig.
Dreysel-Leipzig.

Fixation der Wanderniere und Bepinselung derselben mit Karbolsäure. Von Th. Carwardine. (Lancet 1902, 28. Juni)

Verf. berichtet über 6 Fälle von Wanderniere, bei denen er die

Niere durch die Naht fixierte und die gesamte Oberfläche des Organes mit Ausnahme des Hilus mit Acid. carbol. lign. bepinselte. Bei einem Kranken stellte sich infolge zu stark angespannter Naht eine vorübergehende Hämaturie ein. Dreysel-Leipzig.

Ikterus und Gallensteinkolik bei Wanderniere. Von J. Hutchinson. (The Practitioner 1902, Febr.)

H. führt zwei Fälle an, bei denen es infolge einer Wanderniere zu wiederholten Malen zu Ikterus und Kolikanfällen kam. Bei beiden ward durch Cholecystotomie und Nephropexie Heilung erzielt. Beide Fälle betrafen jung verheiratete Frauen. H. bespricht noch den Mechanismus des Zustandekommens eines Verschlusses des Ductus choledochus durch eine Wanderniere. Dreysel-Leipzig.

Die verschiedenen Symptome der Wanderniere. Von A. Rose. (New York Med. Journ. 1902, 21. Juni.)

R. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Wanderniere ruft oft Magendilatation hervor. 2. Sie ist häufig die Ursache von Gallensteinen. 3. Infolge Knickung des Ureters kann sie zur Hydronephrose führen. 4. Durch totale Abschnürung oder Torsion der Gefäfse der Nieren oder des Ureters kann sie den Tod verursachen. 5. Infolge Druckes auf die Aorta abdominalis und Umschlingung der Vena cava kann sie Symptome hervorrufen, die ein Aneurysma vortäuschen.

Dreysel-Leipzig.

Chirurgische Betrachtungen über Nierentuberkulose und deren operative Behandlung. Von König, Berlin. (Therapie der Gegenwart 1900.)

Das Resumé von 18 Nierenexstirpationen ist folgendes: 1. Die Diagnose der solitären Form der Nierentuberkulose ist nur selten zu stellen.

2. Die Diagnose betreffend die zurückbleibende Niere ist öfters zweifelhaft.

3. Die Verbreitung der Erkrankung läfst eine Partialoperation nicht zu.

4. Die Exstirpation der Niere verhindert den Eintritt der Phthise.

5. Auch wenn aufser der phthisischen Niere noch anderweitige tuberkulöse Erkrankungen, zumal am Urogenitalapparate, vorhanden sind, kann durch Operation wieder Genesung eintreten. Federer-Teplitz.

Über die Fixation der Wanderniere durch Naht. Von Martynow. (Russki Wratsch 1903, No. 4.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Unter 74 wegen Wanderniere operierten Fällen befanden sich 11 Männer und 63 Frauen. Die r. Niere war 65 mal, die l. 6 mal, beide Nieren waren in 3 Fällen disloziert. In 31 Fällen stand die Niere im Hypochondrium. 19 Operierte wurden als geheilt, 45 als gebessert entlassen, in 6 Fällen wurde kein Erfolg erzielt, 2 Fälle starben an

Pneumonie bezw. Tetanus. Die Schwere der Krankheitserscheinungen ist unabhängig von dem Grade der Verlagerung. Nicht so sehr die Operationsmethode als vielmehr die Ursache der Dislokation bedingt wahrscheinlich die Dauer des Erfolges. So verhalten sich z. B. zufällige traumatische Verlagerungen prognostisch besser als solche infolge von Enteroptose nach angeborenen anatomischen Verhältnissen.

Hentschel-Dresden.

La radiographie stéréoscopique des calculs urinaires. Von A. Béclère. (La Presse méd. 1903, S. 171.)

Dies Verfahren besteht darin, dafs man durch Verstellen der Röntgenröhre an zwei korrespondierende Stellen zwei verschiedene sich stereoskopisch deckende Aufnahmen macht und dann die Positive mittelst Stereoskops untersucht. Dies Verfahren ist besonders wichtig zur Diagnose von Harnsteinen. Verf. berichtet über 3 Fälle, in welchen es erst durch die stereoskopische Röntgenaufnahme gelungen war, die Gröfse der Steine und ihre genaue Lokalisation zu eruieren, und zwar handelte es sich um zwei Nieren- und einen Ureterstein. Ferner giebt uns dieses Verfahren die Möglichkeit, zu entscheiden, ob ein Schatten auf der Platte zufällig oder infolge eines Konkrementes entstanden ist.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Behandlung der Nierensteinkrankheit. Von G. Klemperer. (Ther. d. Gegenw. 1902, Nr. 12.)

Hören trotz angewandter Narkotika und Wärmeapplikation die Nierenkoliken nicht auf, so läfst K. die Kranken 150—200 ccm Flüssigkeit pro Stunde trinken. Geht der Stein nicht ab, so läfst er alle 2 Stunden 1 Efslöffel Glycerin in einem Glas Wasser nehmen. Andere Mittel sind die Vibrationsmassage der Nierengegend, die in Erschütterung der schmerzbefallenen Rückenseite in der Höhe der oberen Lendenwirbel 2 Minuten tgl. ausgeführt wird, und die Ureterenmassage. Diese besteht darin, dafs der Patient auf die schmerzfreie Seite gelegt wird, dafs man dann den unteren Nierenpol aufsucht und nun mit mäfsigem Drucke die Fingerspitzen der einen Hand nach abwärts führt, während mit der anderen Hand von der Lende aus ein Gegendruck ausgeübt wird. Das Verfahren gelingt leicht bei mageren Personen, während es bei fetten undurchführbar ist. Von 19 so Behandelten gingen 16 mal Nierensteine ab. Unbedingt indiziert ist der chirurgische Eingriff nur bei totaler Anurie und akuter Pyämie.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Fall von doppelseitiger Steinniere, zugleich ein Beitrag zur Lehre der funktionellen Nierendiagnostik. Von Dr. O. Rumpel. (Monatsberichte f. Urologie 1903, VIII. Bd., 1. Heft)

Bei einer 35 jährigen Patientin wurde wegen doppelseitiger Steinbildung und hydronephrotischer Entartung der Nieren die Nephrotomie beiderseits innerhalb acht Wochen vorgenommen. Die Konkremente ergaben das bemerkenswerte Gewicht von zusammen 107 g, der rechte

76 g schwere Stein bestand aus reiner phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, der linke 31 g schwere zeigte neben dem Tripelphosphat Beimengungen von phosphorsaurem Kalk.

Röntgenbild und Ureterenkatheterismus ergaben eine doppelseitige Nierenerkrankung, eine vergleichende Konzentrationsbestimmung des Urins wies mit Sicherheit auf eine gröfsere Funktionsstörung der rechten Niere hin, was durch die Operation bestätigt wurde. Verf. betont die Wichtigkeit der funktionellen Diagnostik. Hentschel-Dresden.

Ein Fall von Cystinurie und Konkrementbildung in der rechten Niere. Von Lichtenstern. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18, 1903.)

L. demonstrierte in der Wien. Gesellschaft der Ärzte eine 34 jährige Patientin, welche seit ihrem 16. Lebensjahre an manchmal sehr heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend litt. Seit 5 Jahren bestanden auch Blasenbeschwerden. In der rechten Nierengegend war ein kleinfaustgrofser Tumor tastbar. Das Röntgenbild zeigte daselbst einen scharf umschriebenen Schatten. Im Urinsedimente fanden sich Cystinniederschläge. Bei der Nephrotomie wurde aus der rechten Niere ein pflaumengrofser und 28 kleine Cystensteinchen entfernt. Heilung.

von Hofmann-Wien.

A case of calculous nephritis. Von Haworth. (Brit. Med. Journ. March 14, 1903.)

Ein 56 jähriger Mann rutschte auf der Stiege aus und fiel auf den Rücken. Im Anschlufs daran entwickelte sich Druckgefühl in der Lumbalgegend und zunehmende Schwäche. Der Patient starb einige Monate nachher unter Erscheinungen von Delirium. Im Urin, welcher erst in der letzten Zeit untersucht worden war, fand sich weder Eiweifs noch Zucker. Bei der Sektion fand man in der linken Niere einen wallnufsgrofsen Stein, welcher zu Atrophie des Nierengewebes geführt hatte. Die übrigen Organe waren normal. Auffallend war bei dem Patienten der Mangel aller auf das Nierenleiden hindeutenden Symptome.

von Hofmann-Wien.

Renal calculous in connection with a „horseshoe kidney“. Von Phillips. (Brit. Med. Journ. Febr. 21, 1903.)

Der 41 jährige Patient, der schon seit seiner Kindheit an Steinbeschwerden gelitten hatte, wurde in moribundem Zustande ins Spital gebracht. Bei der Sektion fand man eine Hufeisenniere, welche in beiden Anteilen Eitersäcke und Steine enthielt.

von Hofmann-Wien.

Über die diagnostische und klinische Bedeutung der kongenitalen Nierendystopie, speziell der Beckenniere. Von Robert Müllerheim. (Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 1. H.)

In vier Fällen und zwar bei Frauen fand M. die Niere nicht in der Regio lumbalis, sondern im kleinen Becken, d. h. in einer Gegend,

in welcher dieses Organ nur in der ersten Zeit des intrauterinen Lebens liegt. Dieser mit Dystopia renis bezeichnete kongenitale Zustand unterscheidet sich durch absolute Fixation der Niere an ihren Platz von der durch exzessive Beweglichkeit ausgezeichneten Wanderniere, ferner durch Abwesenheit jeglicher chronischen Entzündungserscheinungen, durch die veränderte Form der Niere, durch den exzentrischen Verlauf der Gefäfse und die Kürze des Ureters. Aus der Litteratur konnte der Verf. über 200 solcher Fälle zusammenstellen. Neben einseitigen, doppelseitigen, gekreuzten Dystopien giebt es zahlreiche Variationen in der Abnormität der Lage und Zahl der Nieren, die aber im allgemeinen keine Funktionsstörung zur Folge haben.

Erkrankung einer dystopischen Niere erhöht jedoch die Gefahr durch die Möglichkeit von Kompressionen der Nachbarorgane. Die Rückwirkung auf diese zu einer Zeit, wo deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, macht die häufige Koïnzidenz mit Mifsbildungen im Urogenitalapparate erklärlich. Bei Frauen finden sich: Uterus unicornis, bicornis, didelphys, Fehlen einer Tube, und zwar an der Seite der verlagerten Niere, Verdoppelung des Uterus und der Scheide, Abnormitäten an den äufseren Genitalien. So z. B. konstatierte M. bei einem jungen Mädchen, das ihm kurz vor der Verheiratung wegen bisheriger Amenorrhoe zugeführt wurde, einen vollständigen Mangel der Scheide, der Gebärmutter und der Adnexe. An der r. Beckenwand entdeckte er eine dystopische Niere, deren Ureter 12 cm kürzer war, als der andere. Bei Männern kann eine Nierendystopie einhergehen mit Kleinheit der Prostata, Hypospadie, Epispadie, Kryptorchismus, Fehlen des entsprechenden Samenbläschens und Samenstranges.

Klinisch sind Verdränguugserscheinungenan der Blase, dem Rektum und der Flexura sigmoidea die häufigsten Symptome, wobei der vermeintliche Tumor oft erst nach der Exstirpation als eine gesunde Niere erkannt worden ist. Nicht gering ist die Bedeutung der Nierendystopie für die Schwangerschaft.

Von diagnostischen Hilfsmitteln stehen zur Verfügung: 1. die Palpation, welche platte Form, fixierte Lage, Konsistenz wie bei normaler Niere und mangelnde Druckempfindlichkeit ergiebt; 2. die Messung der Ureterenlänge. Hentschel-Dresden.

Diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins au point de vue chirurgicale. Von Tuffier und Mauté. (La Presse med. 1903. S. 173.)

Verf. hatten Gelegenheit, einen Patienten zu beobachten, der wegen einer r. Hydronephrose operiert worden war und bei dem der gesamte Urin der r. Seite durch eine Lumbalfistel, während der der gesunden l. Seite durch die Blase abflofs. Rechts bestand eine leichte interstitielle Nephritis, und der Urin dieser Seite liefs sich leicht durch einen in der Fistel angebrachten Verweilkatheter auffangen. Mittelst Methylenblauprobe sowie Kryoskopie, wobei mit Δ der Gefrierpunkt, mit V das Volum des Urins bezeichnet wurde, ergab sich nun, dafs $\frac{\Delta V \text{ der kranken Niere}}{\Delta V \text{ der gesunden Niere}}$

bezogen auf die 24 stündige Urinmenge tägliche Schwankungen zeigt, und dafs diese zugleich proportional sind der gesunden und der kranken Niere, so dafs diese Proportion eine annähernd konstante Zahl giebt. Die Verf. haben nun weiter in gleicher Weise und mit denselben Methoden nachgeprüft, wie die halbstündlich getrennt aufgefangenen Urinmengen der kranken zu der gesunden Seite sich hinsichtlich der molekularen Konzentration zu einander verhielten und zwar zu den verschiedensten Tageszeiten aufgefangen. Es ergab sich, dafs annähernd auch hier die Ausscheidungen der kranken Seite zur gesunden in einem konstanten Verhältnis zu einander stehen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Zur Frage der traumatischen Albuminurie. Von Dr. Fr. Engel-Kairo. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 10.)

Im Anschlufs an einen von Edlefsen in der Münch. med. Wochenschrift 1902, Nr. 5/6 publizierten und einen von ihm selbst beobachteten Fall bespricht Verf. die Möglichkeit der traumatischen Entstehung einer Albuminurie, resp. Nephritis, indem er darauf hinweist, dafs, während die Chirurgen diese Möglichkeit, auch wenn eine nennenswerte und deutlich erkennbare Hämaturie nicht vorhergegangen ist, in bejahendem Sinne erörtern, in den Lehrbüchern der internen Medizin über die Frage nichts zu finden sei. Der Fall des Verf. betrifft einen jungen Mann, bei welchem nach einem Sturz gegen die hintere untere rechte Thoraxseite der sehr spärlich gelassene Urin etwa 2—3 p. m. Eiweifs und eine geringe Menge Zucker enthielt, ein Blutgehalt war makroskopisch nicht zu konstatieren. Da bei einer kurz vor dem Unfall vorgenommenen Untersuchung Eiweifs und Zucker im Urin fehlten, da eine andere Ätiologie für das Auftreten derselben nicht zu eruieren war, da ferner der Harn unter Ruhe und geeigneter Diät sehr bald seine normale Beschaffenheit wieder annahm, so glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dafs die Albuminurie, ebenso wie auch die Glykosurie durch das Trauma bedingt waren. Mit Rücksicht auf diesen und den Edlefsenschen Fall, sowie die Beobachtungen von Menge über das Auftreten von Eiweifs im Harn nach Abtastung der Nieren zu Untersuchungszwecken, empfiehlt Verf., diesen Traumen mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden, da durch Vernachlässigung dieser leichten Albuminurieen sich leicht chronische Nierenleiden herausbilden können.

Paul Cohn-Berlin.

Zur Frage der traumatischen Albuminurie. Von Prof. H. Senator. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 11.)

S. wendet sich gegen die in der Engelschen Arbeit „Zur Frage der traumatischen Albuminurie“ (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 10) aufgestellte Behauptung, dafs in den Lehrbüchern der internen Medizin das Trauma als Ursache der Albuminurie nicht erwähnt werde. Abgesehen von einer Arbeit von Stern in der Monatschr. f. Unfallheilk. 1899, ist in der 2. Auflage des Lehrbuchs der Nierenkrankheiten von Senator darauf hingewiesen, dafs durch Verletzungen Nekrosen in den

Nieren entstehen können, welche mittelbar zu einer reaktiven Entzündung zu führen vermögen. Paul Cohn-Berlin.

Zwei Fälle subkutaner Nierenquetschung mit günstigem Ausgang. Von Dr. Schmidt. (Aus der Breslauer chir. Klinik von Mikulicz.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 17.)

Den bisher in der Litteratur zusammengestellten Fällen von subkutanen Nierenverletzungen reiht Sch. zwei neue Beobachtungen an. Die eine betrifft einen 8 jährigen Knaben, zählt also zu den keineswegs seltenen Verletzungen dieser Art in der Kindheit, bei der anderen handelt es sich um einen 31 jährigen Mann; hinsichtlich der Entstehungsart der Nierenaffektion bei diesem letzteren führt der objektive Befund zu der Annahme, „dafs die unteren Rippen, plötzlich stofsweise gegen die Nierengegend vorschnellend, diese gegen die Wirbelsäule bezw. gegen das davor befindliche Muskellager anprefsten und zum Platzen brachten.“ Auch bei dem Knaben kann man an diese Entstehungsart denken. In beiden Fällen war das Krankheitsbild gekennzeichnet durch grofse Schmerzhaftigkeit bei allen Bewegungen, durch Schockerscheinungen, die beide Verletzte unfähig machten, allein aufzustehen, durch Druckempfindlichkeit in der Nierengegend, durch anfängliche Urinverhaltung, durch bald eintretende und mehrere Tage anhaltende Ausscheidung von frischem Blut und Blutgerinnsel. Der zweite Fall war ausgezeichnet durch Einzelbruch der 6. Rippe, damit kombinierte Zerreifsung des Brustfells und traumatischen Hämothorax, durch ausstrahlende Schmerzen gegen Hüfte und Knie kurz nach der Verletzung, erheblichen Meteorismus, Stuhlträgheit und Eiweifsausscheidung, durch bronchopneumonische Vorgänge und einen wechselnden Tast- und Perkussionsbefund in der Nierengegend, die einmal ausgeprochene Dämpfung, dann wieder Darmschall aufwies. Zur Erklärung dieses letzteren Phänomens liegt es nahe, anzunehmen, dafs die Öffnung, die aus der Blut- oder Bluthamgeschwulst nach dem Nierenbecken führte, bald frei, bald durch Blutgerinnsel verschlossen war. Der günstige Ausgang in beiden Fällen unter rein exspektativer Behandlung ist umsomehr zu beachten, als die 306 von Marx und Küster gesammelten Fälle eine Sterblichkeit von 47,05 % aufweisen und Küster unter 84 „komplizierten“ Nierenverletzungen 92 % Sterblichkeit findet.

Jesionek-München.

Ein **Fall von Nephrektomie wegen Nierenzertrümmerung,** demonstriert von Schloffer im Verein deutscher Ärzte in Prag. (Prag. med. Wochenschr. Nr. 7, 1903.)

Der 6jährige Knabe war vor 6 Wochen auf einen Pflock gestürzt. Bei der Aufnahme fand man einen unter der Leber gelegenen, fluktuierenden, rapid wachsenden Tumor. Bei der Operation gelangte man in eine grofse Harnblutcyste, in der die in 3 Stücke zerrissene Niere lag. Nephrektomie. Heilung. von Hofmann-Wien.

Ein Fall von freier Wassersucht bei Nierenentzündung geheilt durch Laparotomie. Von Plauer. (Wiener med. Presse Nr. 10, 1903.)

Die 31 jährige Patientin war schon wiederholt wegen Ascites punktiert worden. Bei der Aufnahme bestand Ascites. Urin stark eiweifshaltig. Laparotomie. Auf dieselbe hin erholte sich die Patientin rasch. Das Eiweifs verschwand aus dem Urin, die Stauungserscheinungen gingen zurück. Die Patientin ist jetzt, beinahe 1 Jahr nach der Operation, vollständig geheilt. von Hofmann-Wien.

Über die kompensatorische Hypertrophie der Nieren. Von Galeotti u. Villa-Santa. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. 1902, Bd. 31, H. 1.)

Die Hypertrophie der zurückbleibenden Niere nach einseitiger Nephrektomie verhält sich verschieden, je nachdem das Tier noch im Wachstum begriffen oder bereits ausgewachsen war. Im ersten Falle tritt eine Vermehrung der Zahl der Glomeruli und der Canaliculi contorti ein, im zweiten Falle nimmt nicht die Zahl, wohl aber die Gröfse jedes Glomerulus zu. In beiden Fällen erwirbt die hypertrophische Niere eine fast doppelt so grofse vaskuläre Filtrationsfläche, als die normale Niere besitzt, die Canaliculi contorti nehmen an Gröfse zu.

Hentschel-Dresden.

Ein **Fall von geplatzter Hydronephrose,** demonstriert von Schloffer im Verein deutscher Ärzte in Prag. (Prager med. Wochenschr. Nr. 7, 1903.)

Der 16 jährige, früher vollständig gesunde Patient war $4^1/_2$ Meter hoch heruntergefallen und auf die rechte Lendengegend aufgestürzt. Es traten sehr schwere anämische und peritonitische Reizerscheinungen, sowie Hämaturie auf, weshalb S. 24 Stunden nach der Verletzung die Operation vornahm. Es fand sich ein etwa mannsfaustgrofses Hämatom in der Umgebung der rechten Niere, welche in eine dreifaustgrofse Hydronephrose umgewandelt war und an ihrem unteren Pole einen für 4 Finger durchgängigen Einrifs zeigte. Nephrektomie. Heilung.

von Hofmann-Wien.

Renal decapsulation for chronic Brights disease. Von Edebohls. (Med. Record March 28, 1903.)

E., welcher schon in früheren Publikationen 19 Fälle von Resektion der Nierenkapsel bei Morbus Brightii berichtet hat, teilt in dieser Arbeit die Resultate von 32 weiteren Operationen mit. Im ganzen hat E. bis jetzt bei 51 Patienten die Resektion der Nierenkapsel wegen Morbus Brightii vorgenommen und zwar 47 mal beiderseitig, 4 mal einseitig. 17 Patienten starben innerhalb 17 Tagen nach der Operation, 7 Patienten innerhalb 2 Monaten bis 8 Jahren. 2 Patienten zeigten keine nennenswerte Besserung nach dem Eingriff. 22 Patienten zeigten bedeutende Besserung, der Urin mancher ist derzeit vollständig frei von Eiweifs und Cylindern, doch kann man sie noch nicht mit Sicherheit als geheilt an-

sprechen, da E. hierzu verlangt, dafs der Urin durch mindestens 6 Monate vollständig normal gewesen sei. Bei einer durch 4 Jahre geheilt gebliebenen Patientin hat sich wieder Morbus Brightii entwickelt. Die Kranke war nur auf einer Seite operiert worden. 9 Patienten sind vollständig geheilt worden. Von 3 Patienten konnte nach der Operation keine Nachricht erhalten werden. von Hofmann-Wien.

Ein weiterer Beitrag zur Nierenchirurgie. Von B. Grohe. (Arch. f. klin. Chir. 1903, Nr. 1 u. 2.)

Verf. berichtet über 44 Fälle von operativ behandelten Nierenaffektionen. Darunter befanden sich: drei Nierenabscesse, bei zwei von diesen Genesung nach Nephrektomie; 3 Fälle von Pyelonephritis, einmal Heilung nach Nephrotomie; 4 Fälle von Hydronephrose und 4 von Pyonephrose, bei je 3 Fällen trat nach Nephrektomie Heilung ein; 5 Fälle von Nierensteinen mit Heilung bei 3; 3 Fälle von Uretersteinen wurden sämtlich geheilt; 1 Fall von Nephralgie geheilt durch Nephrotomie; 15 Fälle von Nierentuberkulose, 8 von diesen starben; 1 Cystenniere, die mit Erfolg exstirpiert wurde; 2 Fälle von Echinococcus der Niere, Heilung in einem Falle nach Entfernung der Cyste; 3 Fälle von Nierenfistel, von denen einer starb; 2 Fälle von Anomalien der Niere, von denen gleichfalls einer starb. Dreysel-Leipzig.

Beitrag zur Klinik der Nierentumoren, speziell der malignen Hypernephrome. Von Böhler. (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19 u. 20, 1903.)

1. Der 51jährige Patient erkrankte plötzlich unter Schmerzen in der rechten Flanke und Hämaturie. 2 Monate später wiederholte sich ein derartiger Anfall. Bald darauf zeigten sich drückende Schmerzen in der rechten Flankengegend und Blutgerinnsel im Urin. Die Hämaturie bestand mit kurzen Pausen fort. Der Patient kam immer mehr herunter. Kurz vor Aufnahme waren Schluckbeschwerden und Schmerzen an der linken Brustseite aufgetreten. Bei der Aufnahme war in der rechten Hälfte des Abdomens ein höckeriger, derber Tumor tastbar, der nach abwärts bis zur Nabelhöhe, nach links fast bis zur Mittellinie reichte. Der Tumor zeigte keine respiratorische Verschieblichkeit. Kein Ascites. Beiderseitige Pleuritis. Im Urin reichlich Blut. Der Patient starb 7 Monate nach Beginn der Erkrankung unter zunehmender Entkräftung. In der letzten Zeit hatte sich ziemlich rasch eine Anschwellung der linken 7. Rippe entwickelt. Bei der Sektion zeigte es sich, dafs in der rechten Niere ein kindskopfgrofser Tumor safs, Metastasen fanden sich in der linken 7. Rippe, in den retroperitonealen Drüsen, in der linken Niere, den Lungen und Pleuren.

2. Der 44jährige Patient verspürte vor $^3/_4$ Jahren plötzlich Schmerzen in der rechten Seite und Erbrechen. Dies wiederholte sich mehrere Male. Etwa $4^1/_2$ Monate später traten Kreuzschmerzen auf. Gleichzeitig magerte der Patient stark ab. Bei der Aufnahme fand man rechts unterhalb des Rippenbogens einen rundlichen, harten, höckerigen, faustgrofsen, druckempfindlichen Tumor. Im Urin war vor der Aufnahme nur ein

einziges Mal Blut bemerkt worden. Im weiteren Verlaufe zeigten sich auch Schmerzanfälle in der linken Nierengegend. Der Urin enthielt Blut, zeitweise auch Gerinnsel. Unter zunehmender Erschöpfung und Auftreten von Ödemen erfolgte nach 3 Wochen der Exitus. Bei der Sektion fand sich ein kindskopfgrofses Hypernephrom in der rechten Niere und Nebenniere und ein gänseeigrofses in der linken Nebenniere mit Metastasen in der Pleura, im rechten Ober- und Mittellappen, in den Bronchialdrüsen, sowie in den Lymphdrüsen am Nierenhilus. Der Tumor der rechten Niere wucherte in die V. cava inf. und die rechte V. renalis. von Hofmann-Wien.

3. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Über Hermaphroditen. Von Dr. Theodor Landau. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 15.)

Bei dem vom Verf. beobachteten Zwitter handelte es sich um ein als Weib aufgezogenes 28jähriges Individuum von männlichem Aussehen, starkem Knochenbau, mit kaum angedeuteten Mammae; die beiden grofsen Labien sind gut entwickelt, aber fettarm, schlaff, leer; die kleinen Labien ziehen nach vorn an den hypertrophischen Kitzler, der im Ruhestand $5^1/_2$, bei der Erektion 8 cm lang ist; seine Glans liegt frei, ist nicht durchbohrt. Die Urethralmündung liegt in der Vulva, hinter dem Kitzleransatz, die Urethra ist kurz; weder Hymen noch Carunculae myrtiformes sind vorhanden; die sehr enge Scheide ist $7^1/_2$ cm lang. Uterus, Ovarien und Tuben sind bei der vagino-abdominalen Palpation nicht zu fühlen, bei der recto-abdominalen fühlt man einen haselnufsgrofsen beweglichen Körper, der wahrscheinlich dem rudimentären Uterus entspricht. Verf. weist im Anschlufs an diesen Fall unter Berücksichtigung der Litteratur auf die Schwierigkeit der Feststellung des Geschlechts bei diesen Individuen hin und erörtert einige diesbezügliche rechtliche Fragen. Man unterscheidet bekanntlich den Hermaphroditismus verus, das gleichzeitige Vorhandensein der männlichen und weiblichen Geschlechtsdrüse in einem Individuum — in der Litteratur existieren nur zwei einwandsfreie Fälle davon —, und den H. spurius, bei welchem sich die gewöhnlichen männlichen und weiblichen äufseren Attribute in einem Individuum vereinigt finden, während nur eine Art der Geschlechtsdrüse — Hoden oder Eierstock — vorhanden ist. Die Feststellung des Geschlechts ist häufig mit den gröfsten Schwierigkeiten verknüpft, da das sichere Vorhandensein einer bestimmten Geschlechtsdrüse öfters nicht mit Sicherheit erwiesen werden kann; selbst ein operativer Eingriff, der doch nur im Einverständnis mit der betr. Person und wenn er keine Lebensgefahr mit sich bringt, vorgenommen werden kann, braucht nicht immer Klarheit zu schaffen, zumal es, wie schon Virchow festgestellt hat, Individuen giebt, bei denen überhaupt keine ausgeprägte Geschlechtsdrüse vorhanden ist. Was die rechtliche und soziale Seite dieser Frage anbetrifft, so stellt Verf. fest, dafs das bürgerliche Gesetzbuch dies-

bezüglich eine Lücke aufweist; L. plaidiert dafür, dafs in den Fällen von Hermaphroditismus, in denen mit unseren Hilfsmitteln eine Entscheidung nicht möglich ist, dem betr. Individuum nach Eintritt der Pubertät die Wahl des Geschlechts überlassen werden soll.

Paul Cohn-Berlin.

Hermaphroditismus verus. Von W. Simon. (Virch. Arch. 172 Bd., 1903, S. 1.)

Es handelte sich um ein 20 jähriges Individuum, das als Mann mit ausgesprochenem Mannesbewufstsein aufwuchs. Doch stellte sich starke Entwickelung der Brüste, besonders der l. ein und seit ca. 3 Jahren in regelmäfsigen 4 wöchentlichen Intervallen mehrtägige unbedeutende Blutungen aus dem Genitale. Die Person selbst zeigt dem äufseren Habitus nach mehr weiblichen Charakter, die Schultern, Brust und Arme zeigen männlichen. An der Symphyse ist ein cylindrischer, penisartiger Körper von 4 cm Länge und 6,5 cm Umfang, mit einer haselnufsgrofsen Glans an der Spitze, angeheftet. Die Glans ist nicht perforiert. Nach unten setzen sich an dies Gebilde 2 wulstige, stark behaarte, hinten durch eine breite Kommissur vereinigte Hautwülste an, ohne Inhalt. Zwischen diesen Wülsten liegt ein $1^1/_2$ cm langer Kamm mit einer dem normalen Orificium urethrae extern. entsprechenden Öffnung, von welcher aus man nach etwa 4 cm langer Strecke in die Blase gelangt. Die endoskopische Untersuchung der Urethra ergiebt mehrere karunkelähnliche, in das Lumen hineinragende Fältchen. Vor der Öffnung des r. Leistenkanals ist ein kirschgrofser, reponibler, länglicher Körper mit glatter Oberfläche. Per rectum fühlt man links einen bleistiftdicken, walzenförmigen, 4 cm langen Körper, nach unten in einen Strang auslaufend, und über diesem ein zweites, kastaniengrofses Gebilde von der Konsistenz eines Hodens oder Ovariums. Mittelst Probeincision wurde der in dem r. Inguinalkanal gelegene Körper, der an dem einen Pol einen breiten ligamentösen, in die Bauchhöhle sich fortsetzenden Stiel hatte, untersucht und aus demselben zwecks mikroskopischer Untersuchung zwei keilförmige Stücke excidiert und zwar aus dem eiförmigen Körper, der einem Hoden glich, und aus einem ihm aufsitzenden, erbsengrofsen, derben Knoten. Die Untersuchung des letzteren ergab die typische Struktur eines Ovariums während das excidierte Stück aus dem weicheren Hauptteil die Struktur einer Hodenpartie im Ruhestadium aufwies. Ein weiteres excidiertes Stück mufs als Paraovarium und ein neben dem Vas deferens gelegenes excidiertes Stück als Epididymis angesprochen werden. Danach besteht bei einem und demselben Individuum Keimdrüsengewebe beiderlei Geschlechts hochgradig differenziert, wenn auch nicht zweifellos funktionierend und zwar anscheinend nebeneinander gelagert. Es ist somit das in neuerer Zeit bestrittene Vorkommen eines wahren glandulären Hermaphroditismns absolut sichergestellt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Un cas de pseudohermaphrodisme. Von Barth und Léri. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 957.)

Das Individuum, welches im Alter von 75 Jahren starb, hatte einen

Penis von 4 cm Länge mit ausgebildeter Glans, den Labien gleichende Falten mit enger Vaginalöffnung, die aber, wie die Obduktion ergab, in Wirklichkeit die erweiterte Urethra darstellte, in welche auch die Canal. semin. endeten. Die Hoden lagen oberhalb des Os pubis. Von Uterus war keine Spur vorhanden. Der Thorax hatte einen durchaus männlichen Habitus. Es handelte sich also um einen Pseudohermaphroditimus masculinus. Bemerkenswert ist aus der Anamnese, dafs die Person angeblich vom 18. bis 55. Lebensjahre regelmäfsig menstruiert hatte und dafs sie 15 Jahre lang als „Frau“ verheiratet war.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ein Fall von echtem Hermaphroditismus. Von Prof. Dr. Garré. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 5.)

Von allen bisher in der Litteratur bekannt gewordenen Fällen von wahrem Hermaphroditismus erscheint nur ein von Salén beschriebener völlig einwandsfrei, die anderen vier, die noch diskutabel sind, lassen auch eine andere Deutung zu. Bei dem mitgeteilten Fall von Garré konnte zum ersten Male am Lebenden makro- und mikroskopisch Testis und Ovarium mit Sicherheit nachgewiesen werden. Das 20 jährige Individuum galt in der Jugend als Knabe, später entwickelten sich die Brüste stärker, es trat vierwöchentlich Blutung aus den Genitalien auf, bei sexueller Erregung durch die Vorstellung eines weiblichen Wesens ging weifslicher Schleim ab. Der Körperbau entsprach mehr dem weiblichen Typus. Die Genitalien waren die eines Hermaphroditen. Mit Zustimmung des betr. Individuums wurde eine Incision auf den rechts vor dem Leistenkanal gelegenen Körper gemacht. Es wurden sowohl männliche als weibliche Keimdrüsen gefunden, die weiblichen abgetragen. aus den anderen kleine Partikel excidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab dann den schon erwähnten Befund von Testis, Ovarium, Parovarium, Vas deferrs, Epididymis.

Ludwig Manasse-Berlin.

Ein Knabe mit abnorm mächtiger Entwicklung der Sexualorgane, demonstriert von Knöpfelmacher in der Wiener Gesellsch. der Ärzte. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21, 1903.)

Der Penis des 2 Jahre 10 Monate alten Knaben zeigte im schlaffem Zustande eine Länge von 7 cm, einen Umfang von $8^1/_2$ cm. Die beiden Hoden hatten eine Länge von $3^1/_2$ cm, einen sagittalen Durchmesser von $1^1/_3$ cm. Die Prostata erwies sich als infantil. Der Penis war erektionsfähig, doch wurde während der 18 tägigen Spitalsbeobachtung niemals die Entleerung von Genitalsekret gesehen.

von Hofmann-Wien.

Phimosendilatator. Von Matzenauer. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21, 1903.)

M.s Dilatator besteht aus 4 in Gelenken beweglichen Lamellen, die durch eine Schraube auseinandergetrieben werden. Das Instrument wird mit zusammengelegten Branchen eingeführt und dann durch Drehen

an der Schraube so weit geöffnet, dafs es ohne weitere Fixation von selbst an dem gespannten Margo praeputii hält, welcher sich in die Sförmig nach aufsen abgebogenen Lamellen des Instrumentes hineinlegt. Der Dilatator ist aus Aluminium gefertigt, sehr leicht und wird darum gut vertragen. Der Patient kann die Stärke der Dilatation selbst regulieren. von Hofmann-Wien.

The treatment of congenital phimosis. Von Snow. (Brit. Med. Journ. May 2, 1903.)

S. hält die blutigen Operationen bei kongenitaler Phimose für überflüssig, da man durch Dehnung allein vorzügliche Resultate erzielen könne; dieselbe müsse nur mit der nötigen Zartheit ausgeführt werden.

von Hofmann-Wien.

Circumcision for congenital phimosis. Von Woodgatt. (Brit. Med. Journ. March 7, 1903.)

W. zieht die phimotische Vorhaut so weit als möglich zurück, macht dann eine dorsale Längsimision und vernäht dieselbe in querer Richtung. Die Resultate sind günstiger als bei der Circumcision.

von Hofmann-Wien.

Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle. Von Tomasczewski. (Zeitschr. f. Hygiene 1903, XLII.)

T.s Untersuchungen haben zu folgenden Resultaten geführt:

1. Die Streptobazillen wachsen ausschliefslich auf Blutagar, Blutagarcondenswasser und nichtkoaguliertem Blut (Kaninchen, Mensch).

2. Sie bilden charakteristische Kolonien auf Blutagar (Verschieblichkeit in toto, Abhebbarkeit der ganzen Kolonie mit spitzer Platinnadel).

3. Die Streptobazillenkulturen auf Blutagar bestehen aus polymorphen Stäbchen mit Neigung zu paralleler und reihenweiser Lagerung, sind in hängendem Tropfen völlig unbeweglich und entfärben sich sehr leicht nach Gram.

4. Im Blutagarcondenswasser bilden die Streptobazillen längere, in nicht coaguliertem Blut kürzere Ketten.

5. Übertragungsversuche auf Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen blieben negativ.

6. Auf Menschen übertragen rufen diese Kulturen, auch wenn dieselben durch eine Reihe von Generationen (bis zur 15.) auf Blutagar gezüchtet wurden, typische Ulcera hervor. von Hofmann-Wien.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical du bubon. Von Scaduto. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 4.)

Da bei manchen Kranken nach Incision und Exstirpation von Bubonen trotz aller Behandlung erst nach 2 oder 3 Monaten Heilung eintritt, so hat Verf. nach Mitteln gesucht, um die Heilung zu beschleunigen. Er bespricht alle Vorschläge, die zur Behandlung und Operation von seiten anderer Autoren gemacht sind. Er legt besonderen Wert



darauf, nicht erst abzuwarten, bis die ganze Wundhöhle zugranuliert ist, sondern die Wundränder anzufrischen und eine sekundäre Naht anzulegen, sobald die durch die Wundränder gelegte Nadel das frische Granulationsgewebe in gehöriger Tiefe mitzufassen vermag.

Schlodtmann-Berlin.

Note sur l'exstirpation des adénites vénériennes suppurées de l'aine. Von Pousson. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 6.)

Empfohlen wird ein radikales Vorgehen bei Leistenbubonen, weitgehende Exstirpation mit Überschreitung der umgebenden infiltrierten Zone. Es ist fast stets möglich, die Ränder der Wunde durch Naht zu vereinigen. Wichtig ist die vollständige Enukleation der infiltrierten Drüsen und des indurierten Gewebes. Dabei erreichte Verf. fast immer primäre Heilung, die mittlere Behandlungsdauer betrug nur 15—20 Tage.

Schlodtmann-Berlin.

Periurethral abscess caused by infarction of urin acid crystals in the urethral lacunae. Von Chance. (Brit. Med. Journ. April 11, 1903.)

Ein 54 jähriger Mann litt seit längerer Zeit an Schmerzen im Penis und Pollakiurie. 2 Monate später zeigte sich Ödem des Penis, es traten Schüttelfröste auf und schliefslich entwickelte sich am Penis ein Abscefs, welcher incidiert wurde. Die Harnröhre war immer leicht durchgängig gewesen. Im Urin waren reichlich Harnsäurekrystalle zu finden und C. vermutet, dafs ein solcher die Ursache des Abscesses gewesen sei.

von Hofmann-Wien.

Mobilisation des deux bouts de l'urèthre pour remédier à une perte de substance de ce conduit. Von M. Savariaud. (La Presse méd. 1903, S. 179.)

Bei einem 8 jährigen Knaben hatte infolge Sturzes aufs Perineum eine Zerreifsung der Urethra beim Übergange des bulbösen Teils in den membranösen mit kompletter Retention stattgefunden. Zuerst wurden nun einfach die beiden zerrissenen Wundränder der Urethra miteinander vereinigt. Da aber trotz mehrfacher Nachoperation eine Perinealfistel entstand, verfuhr er folgendermafsen: Nachdem das Perineum weitgehend gespalten war, wurde der vordere Harnröhrenstumpf teils stumpf, teils mit der Schere von den Corpora cavernosa in einer Entfernung von 3 cm lospräpariert und ebenso der hintere Stumpf nach Durchschneiden des Lig. triangulare ähnlich wie bei der Operation der Hypospadie nach Hacker-Beck. Hierauf wurden die zerrissenen Ränder abgeschnitten und nun die beiden Wundränder miteinander unter Schonung der Mucosa vereinigt, ein Verweilkatheter eingelegt und die Perinealwunde durch einige Nähte geschlossen. Es erfolgte Heilung per primam.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Plastischer Ersatz der ganzen Penishaut. Von Elbogen. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 12, 1903.)

Bei einem Soldaten entwickelte sich im Anschlufs an eine geringfügige Verletzung Gangrän der ganzen Penishaut. Da ein Erfolg einer Transplantation nach Thiersch wegen der Erektionen zum mindesten fraglich erschien, wurde das erhalten gebliebene innere Vorhautblatt gespalten und zur Deckung eines Teiles des Defektes verwendet, zur Deckung des Restes wurde ein doppeltgestielter Lappen aus der Skrotalhaut gebildet und an die untere und die beiden Seitenflächen des Penis verschoben. Das Endresultat war ein vollständig befriedigendes.

von Hofmann-Wien.

Über einen Fall von Condyloma acuminatum von ungeheurer Gröfse und an einem ungewöhnlichen Orte. Von Lurie. (Russki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesnej, Bd. IV, H. 11.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Ein 50jähriger Patient, der vor ca. $1^3/_4$ Jahren an Balanitis gelitten hatte, bekam in der rechten Leistengegend eine Geschwulst, die bald so zunahm, dafs sie ihn beim Gehen hinderte. — Es handelte sich um ein typisches Papillom von allerdings seltenen Dimensionen. Es war 17 cm lang und hing an einem 7 cm langen Stiel, der in der Mitte beim Vorziehen der ganzen Geschwulst sichtbar wurde. Die Breite des rechten (äufseren) Teiles betrug 2, die des mittleren 8, die des linken 10 cm. Der Umfang der kugelförmigen, blumenkohlartigen Geschwulst war 22 cm. Das Gewebe war sehr morsch, so dafs bereits bei der mechanischen Säuberung grofse Stücke abfielen. Da Patient jeden operativen Eingriff verweigerte, wurden Waschungen mit 6% Resorcinlösung verordnet, unter denen die Geschwulst zwar sehr langsam, aber merklich zurückging. Hentschel-Dresden.

Über einen Fall von stark gewucherten spitzen Kondylomen. Von W. M. Kudisch. (Russki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesnej Bd. IV, Heft 10.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Bei einem Patienten mit 7 Monate alter Gonorrhoe waren Glans, inneres und äufseres Präputialblatt dicht mit leicht blutenden und stinkenden Papillomen bedeckt, die von der Glans in Form einer Weintraube herunterhingen. Operation in Chloroformnarkose, nach einem Monat Heilung unter täglichen Xeroformverbänden.

Hentschel-Dresden.

Über Urethritis petrificans und Steine der Harnröhre. Von Dr. J. J. Karvonen (Helsingfors). (Dermat Centralbl. Bd. 6, H. 1.) Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Bei einer verschleppten Gonorrhoe fand Verf. endoskopisch ungefähr an der Grenze des Bulbus 5 oder 6 weifsliche, prominierende, von einer glänzenden Schleimhaut bedeckte Flecke, die sich bei instrumenteller Auskratzung als fest eingelagerte Steinsplitter erwiesen. In der



Schleimhaut des Bulbus fanden sich zwei ziemlich tiefe Einrisse, aus denen ebensolche weifse spitzige harte Konkrementsplitter hervorragten, deren gröfste 0,7 cm lang waren. Sie enthielten nur phosphorsaures Calcium und Spuren von kohlensaurem Calcium, eingeschlossen in eine hyaline organische Masse. Keine Harnsäure oder Ammonium.

Diese Form der Ablagerung mineralischer Stoffe in der Harnröhre, die Wandversteinerung der Harnröhre selbst, ist bis jetzt wenig beobachtet worden, häufiger ist die andere Form mit freien Konkrementen im Lumen.

Die Veranlassung zu derartigen Kalkablagerungen ist in einer Herabsetzung der Lebensfähigkeit der betreffenden Gewebspartien, hier infolge von Gonorrhoe, zu suchen.

Eine andere Form von Wandversteinerung, die Urethritis incrustans, läfst sich praktisch von der Urethritis petrificans nicht trennen.

Was die Harnröhrensteine betrifft, so stammen sie meistens aus Blase und Nieren und bleiben auf ihrer Wanderung in den weniger dehnbaren Teilen der Urethra, der Pars prostatica, Urethra glandis, hinter Strikturen, stecken. Die übrigen kommen aus periurethralen Eiterhöhlen, aus Divertikeln und anderen Hohlräumen in der Nähe der Urethra.

Hentschel-Dresden.

Operative Behandlung der Fistula recto-urethralis mittels gesonderter Vernähung des Mastdarms und der Urethra. Von Praxin. (Chirurgia 1902, Bd. 11, H. 62.)

Verf. näht die quere Perinealwunde nicht vollständig, sondern nur an den Rändern und tamponiert den mittleren Teil der Wunde mit Jodoformgaze. Die Mastdarm- und Urethralöffnung müssen gesondert in der Längsrichtung und nur nach vollständiger Excision der narbigen Massen an den Rändern der beiden Öffnungen genäht werden. In möglichst grofser Ausdehnung werden sodann einige Seidennähte in die seitwärts von der Öffnung liegenden Weichteile gelegt, die jedoch nicht die Schleimhaut mitfassen dürfen. Ein Katheter à demeure bleibt so lange liegen, bis das Infiltrat in der Umgebung der Perinealwunde den Charakter von sklerotischem Gewebe angenommen hat.

Im Anschlufs hieran werden 2 mit bestem Erfolge operierte Fälle mitgeteilt, in denen nach Blasensteinoperation mittels Perinealsektion eine Rektourethralfistel zurückgeblieben war. Hentschel-Dresden.

Traitement des uréthrites chroniques. Von Motz. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 6.)

Verf. giebt eine Übersicht über die pathologisch-histologischen Befunde bei chronischer Urethritis sowie über die Methoden einer exakten klinischen Diagnose, wobei er allerdings die Endoskopie leider unberücksichtigt läfst. Der Diagnose pafst er die Behandlung an und unterscheidet dabei besonders zwei Arten: oberflächliche und tiefgehende Urethritiden. Bei der ersten Art verwendet er: zuerst Instillationen, Injektionen, adstringierende Waschungen. Wenn nach einigen Tagen die

Sekretion nicht aufhört, intraurethralen „Dauerverband". Hierunter versteht er folgendes: Es werden 4—5 ccm einer antiseptischen Flüssigkeit injiziert und hierauf die Glans umbunden und dadurch die Urethra fest verschlossen. Die Flüssigkeit wird so bis zu 3 Stunden in der Urethra belassen und ist im stande, das verdickte und verhornte Epithel, welches die darunter liegenden Herde schützt, zu durchdringen. Dies Verfahren wird zunächst täglich, später alle 2—3 Tage angewandt. Vorauf geht jedesmal eine Auswaschung mit Hydrargyrum oxycyanat. 1:2000 Bei tiefergehenden Prozessen kommen ebenfalls Auswaschungen mit Hydrargyrum oxycyanat. 1:2000 zur Anwendung. Bei mit dieser Flüssigkeit gefüllter Blase wird die Urethra dilatiert mit dicken Béniquésonden, über welchen die Entzündungsherde mit den Fingern massiert werden. Dann Entleerung der Blase und Dauerverband. Dies Verfahren wird alle 2 bis 3 Tage wiederholt. Bei gleichzeitiger Urethritis posterior kommen noch Instillationen mit Argentum nitricum hinzu, sowie eventuell Massage der Prostata und Suppositorien von Unguent. hydrargyri cinereum. Bei Anwesenheit von Gonokokken beginnt er stets mit Janetschen Waschungen mit Kaliumpermangan. Im Falle von Strikturen ersetzt er alle 2—3 Tage dieses Medikament durch Hydrarg. oxycyanat. und macht bei gefüllter Blase eine Dilatation mit der Sonde und Massage über derselben. Auch hier kommen später eventuell Dauerverbände in Anwendung. Schlodtmann-Berlin.

De l'infection des voies génitales de la femme par les uréthrites chroniques non gonococciques de l'homme. Von Camille Audistère. (Le progrès médical 1902, No 35—36.)

In fünf Fällen konnte Verf. nachweisen, dafs durch eine chronische, nichtgonorrhoische Urethritis des Mannes eine Infektion der Frau erfolgt war, die zu einer Endometritis purulenta führte. Es fanden sich meistens Bazillen verschiedener Art, nie Gonokokken. Die Prognose ist stets günstig. Bei den bakteriorrhoischen, nichtgonorrhoischen Urethritiden des Mannes ist daher der Heiratskonsens nicht zu erteilen.

Hentschel-Dresden.

Rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme. Von Bazy. (La Presse méd. 1903, S. 215.)

Im Anschlufs an den eben mitgeteilten, von Bonnet zuerst beobachteten Fall berichtet B. über 6 Patienten, bei welchen er eine mehr oder weniger hochgradige kongenitale Striktur unmittelbar vor der Pars membran. urethrae feststellte und deren Extrem der Fall Bonnets darstellt. Sie entstehen infolge mangelhafter Resorption der Membrana urogenitalis, welche die vordere Wand der Kloake und des Genitalhöckers darstellt. Die Symptomatologie dieser Strikturen ist noch wenig studiert. Das bemerkenswerteste Symptom ist die Incontinentia urinae nocturna. Wahrscheinlich sind viele Fälle von weiter Striktur kongenital. Ferner bedeutet das Vorhandensein dieser Verengerungen eine Komplikation besonders der Blennorrhoe. B. schlägt vor, die Strikturen in

folgende Gruppen einzuteilen: 1. in kongenitale, 2. in pathologische und 3. in traumatische. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. Von André. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 6.)

Verf. ist bezüglich der Behandlung von Strikturen durch Elektrolyse zu den gleichen Resultaten gekommen wie Moran, der in Nr. 1 dieses Jahrganges der Annalen seine Erfahrungen veröffentlichte. Auch er hält die Elektrolyse für ein gutes Verfahren, wenngleich es nicht in allen Fällen angebracht ist und auch ebensowenig wie andere Methoden eine Radikalkur, die nachfolgende Sondenbehandlung überflüssig machen könnte, darstellt. Mit Vorteil anwendbar ist die Methode, wenn die Strikturen nicht enger sind als Nr. 10 Charrière, nicht zahlreicher als 3, nicht zu hart und besonders nicht zu lang. Unter solchen Bedingungen bietet die Elektrolyse ein leichtes, rasches und ungefährliches Verfahren, das zu ebenso guten Resultaten führt wie die Urethrotomie. Angeschlossen sind die Krankengeschichten von 23 Fällen, in denen die Elektrolyse zur Anwendung kam. Schlodtmann-Berlin.

De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. Von Moran. (Annal. des mal. des org. génit.-urinair. 1903, No. 1.)

Verf. haben gute Resultate in der Behandlung von Strikturen durch die Elektrolyse erzielt. Wenn auch die Elektrolyse ebensowenig wie alle andern Methoden eine Radikalkur, durch welche nachfolgende Dilatationen mittels Sonden erübrigt werden, darstellt, so giebt sie doch ausgezeichnete Resultate und ist aus mancherlei Gründen den andern Methoden vorzuziehen. Um gute Resultate zu erzielen, ist folgendes zu berücksichtigen: Die Harnröhre darf nicht enger sein als Nr. 10 Charrière. Nach Auswaschung der Urethra werden einige Kubikzentimeter einer 1% Kokainlösung injiziert. Die Intensität des Stromes darf 10 Milliampère nicht überschreiten, die Dauer der Elektrolyse soll nur einige Sekunden bis höchstens 3 Minuten betragen. Man soll das Instrument nie mit Gewalt vorschieben. Beim Zurückziehen soll die Klinge auf der entgegengesetzten Seite wie beim Einführen zur Wirkung gebracht werden. Sollte die Striktur auf diese Weise nicht passierbar sein, so ist die Urethrotomie anzuwenden. Verf. meinen, dafs bei dieser Anwendungsart die Elektrolyse berufen ist, einen wichtigen Platz in der Therapie der Strikturen einzunehmen. Sie hat den grofsen Vorteil, dafs Schmerzen fast fehlen, ebenso Blutungen, dafs Bettruhe und Dauerkatheter überflüssig sind und dafs Komplikationen nicht vorkommen.

Schlodtmann-Berlin.

Über die Urethrotomia externa und interna bei Strikturen der Harnröhre. Von J. Kudinzew. (Chirurgia 1902, Bd. 11, No. 64.)

Umfafst folgende Punkte:



1. Die chronische Gonorrhoe spielt infolge ihrer tieferen Gewebsveränderungen bei der Bildung kallöser Strikturen eine wichtige Rolle.

2. Indikationen für die Urethrotomia externa und interna.

3. Zur Verhinderung späterer Recidive ist im postoperativen Stadium eine methodisch durchgeführte Bougierung erforderlich.

Hentschel-Dresden.

Über Harnröhrenfistel und -krebs. Von Dr. Lipman-Wulf in Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 3.)

Im Anschlufs an einen einschlägigen Fall aus der Privatklientel von Prof. Posner, den Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, bespricht er eingehend die Pathologie des Harnröhrenkrebses. Bei dem 51jährigen Patienten hatte sich infolge eines Traumas — Fall auf eine scharfkantige Kiste — eine schwere Striktur im hinteren Teile der Harnröhre mit Harnverhaltung, Schwellung und periurethraler Abscessbildung vom Damm aus gebildet, zu deren Beseitigung von anderer Seite die Urethrotomia externa vorgenommen worden war. Es blieb eine Fistel zurück, deren Heilung trotz verschiedener Versuche nicht gelang, vielmehr entwickelte sich, nachdem von neuem Harnverhaltung mit starker Zersetzung des Urins entstanden war, ein Carcinom, das nach und nach die ganze Perinealgegend vom hinteren Rande des Perineums beginnend bis 3 Querfinger über dem Anus einnahm, vielfach zerfallen war und von zahlreichen Fisteln durchsetzt wurde, und zwar handelte es sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, um ein typisches Plattenepithelcarcinom. Da eine Radikaloperation nicht mehr möglich war, wurde die Blase drainiert, was mit vieler Mühe gelang und dem Patinten grofse Erleichterung verschaffte, bis er unter fortschreitendem Marasmus, nachdem noch nicht ein Jahr seit Beginn des Leidens vergangen war, zu Grunde ging.

Die Carcinome, die von der Harnröhrenschleimhaut ausgehen oder sich auf Harnröhrenfisteln entwickeln, gehören zu den gröfsten Seltenheiten; im ganzen sind einige 20 Fälle, soweit die männliche Urethra in Frage kommt, beschrieben worden. In den meisten Fällen sitzen sie in der Pars fixa und Pars bulbosa, und zwar entwickeln sie sich gewöhnlich im Anschlufs an eine Striktur gonorrhoischen oder traumatischen Ursprungs, in einigen Fällen fehlte allerdings sowohl diese wie jede andere sichtbare Ätiologie. Die Diagnose wird meist sehr spät, häufig erst bei der Operation oder Sektion gestellt; wichtig hierfür ist die Untersuchung des aus den Fisteln aussickernden Sekrets, das Auftreten von Leistendrüsenschwellungen, schnell zunehmende Kachexie des Kranken, ferner profuse Blutungen selbst bei vorsichtigen Bougierversuchen, hauptsächlich aber die Urethroskopie, mittelst welcher Oberländer einen von ihm beschriebenen Fall in einem verhältnismäfsig frühen Stadium als Carcinom erkannte, das als höckrige, himbeerartige Geschwulst in das Lumen des Endoskops hinein ragte; nach ausgiebiger Resektion der erkrankten Urethra blieb der Patient $4^1/_2$ Jahre rezidivfrei. Was die primären Entstehungsorte dieser Krebse anbetrifft, so können sie, soweit es sich um Plattenepithelcarcinom handelt, von Fistelgängen oder von dem in Platten-



epithel umgewandelte Harnröhrenepithel herrühren; die Cylinderepithelkrebse können von dem Cylinderepithel der Harnröhre oder von den Harnröhrendrüsen, den Cowperschen und den Littéschen ausgehen.

Paul Cohn-Berlin.

Das Peniscarcinom. Von Englisch. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 41, 1902 und Fortsetzungen 1903.)

Eine umfangreiche Monographie, welche sich auf 540 teils selbst beobachtete, teils aus der Litteratur zusammengestellte Fälle von Peniscarcinom gründet. Wir erfahren, dafs innerhalb 7 Jahren an den Wiener Krankenanstalten 81 Peniscarcinome (1,79 % der bei Männern gefundenen Krebse) zur Beobachtung gelangten. Betreffs des Ausgangspunktes der Erkrankung liegen in 328 Fällen Angaben vor und zwar ging die Erkrankung 95 mal von der Vorhaut aus, 11 mal vom Präputium und dessen nächster Umgebung, 20 mal von der äufseren Harnröhrenöffnung, 160 mal von der Eichel und 42 mal von der Haut oder den Schwellkörpern des Gliedes. Das häufigste Vorkommen fällt zwischen das 50. und 60. Lebensjahr. Was die Form des Carcinoms betrifft, fand E. 499 mal Epitheliom, 6 mal Scirrhus und 33 mal Carcinoma medullare. Bezüglich der Therapie zeigt E, dafs die Operation günstige Resultate giebt und zwar ist die Entfernung mit dem Messer den übrigen Operationsverfahren (Galvanokaustik, Ecrasement etc.) vorzuziehen.

von Hofmann-Wien.

Primary carcinoma of the urethra in women. Von H. Vineberg. (Amer. Journ. of the Med. Sciences 1902, Juli.)

Der Fall betrifft eine 36jährige Frau, die an vermehrtem Harndrang litt, und bei der ein harter Tumor am Orificium der Harnröhre und eine Vergröfserung der Leber vorhanden war. Der Tumor wurde mitsamt der betreffenden Harnröhrenpartie sorgfältig entfernt. Die nach der Operation sich einstellende Incontinentia urinae konnte durch Bildung einer neuen Harnröhre aus der Vaginalschleimhaut nur zum Teil beseitigt werden. Die Untersuchung des Tumors ergab ein Epithelialcarcinom. Derartige primäre Harnröhrencarcinome sind selten; die Prognose ist eine gute, so lange eine Totalexstirpation möglich ist. Dreysel-Leipzig.

Carcinoma of the urethra. Von Peterson. (Amer. Gynecol. Febr. 1903.)

P. demonstrierte in der Chicago Gynecol. Soc. ein Karzinom der Urethra, welches er einer 54jährigen Patientin exstirpiert hatte. Aufser der Urethra war noch ein Teil der Labia maiora, die Labia minora und die Klitoris ergriffen. Die Inguinaldrüsen waren frei.

von Hofmann-Wien.

Primary cancer of the urethra in the female; report of a case together with a critical review of the literature regarding this rare form of cancer. Von Percy. (Amer. gynecol. Febr 1903.)

Im Anschlufs an die Besprechung eines operierten Falles giebt P.



eine ausführliche Schilderung der Diagnose, Symptome und Therapie dieser seltenen Erkrankung, von welcher er 16 Fälle aus der Litteratur zusammenstellen konnte.

Frankenthal berichtet über einen Fall, den er für Karzinom der Urethra hält, ohne dafs allerdings eine mikroskopische Untersuchung ausgeführt worden wäre.

Harris hat je einen Fall von Urethralkarzinom beim Manne und beim Weibe gesehen. von Hofmann-Wien.

Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire. Von Hallé und Motz. (Annal. des malad. des organ. gén.-urin. 1902, No. 13, 14.)

Verf. wollen in einer Reihe von Arbeiten ihre Erfahrungen zusammenstellen, die sie seit 1890 über die Tuberkulose der Harnorgane im Hospital Necker gesammelt haben. Sie beginnen mit der vorliegenden Arbeit über die Tuberkulose der Urethra anterior. Nach einer ausführlichen Litteraturübersicht teilen sie 13 eigene Beobachtungen mit. Es handelt sich um die verschiedensten Fälle, von einfacher subepithelialer Granulation der Schleimhaut bis zur vollständigen Zerstörung der Urethra durch tuberkulöse Urethritis und Periurethritis. Zur Urethritis rechnen sie die Erkrankungen der Schleimhaut und auch das Corpus spongiosum penis, während sie unter Periurethritis die Erkrankungen des periurethralen Zellgewebes, der Corpora cavernosa, alles dessen, was aufserhalb der fribösen Hülle des Corpus spongiosum liegt, verstehen. Man findet in der Arbeit detaillierte Angaben über die pathologisch-anatomischen Befunde an der Schleimhaut, dem Corpus spongiosum, dem periurethralen Gewebe, den Corpora cavernosa und der Cowperschen Drüse. In der Hauptsache handelt es sich um tuberkulöse Granulationen, Ulcerationen, Infiltrationen mit käsigem Zerfall. Der letzte Abschnitt behandelt die klinischen Beobachtungen: Schmerz bei der Miktion, chronischer Ausflufs von sero-gurulenter Beschaffenheit, Zeichen von Verengerung. Untersuchung der Urethra durch Palpation und Sonde, mikroskopischer Nachweis des Tuberkelbazillus führen zur Diagnose. Es kann zur spontanen Heilung, selbst bei periurethralen Komplikationen, kommen, manchmal unter Hinterlassung ven striktuierenden Narben. Eventuelle chirurgische Eingriffe sind: Inzision lokalisieretr Abcesse, Inzision und Auskratzung periurethritischer Herde, Exstirpation der Cowperschen Drüse, perineale Urethrostomie, partielle oder totale Angutatio penis, sekundäre Urethrotomie. Ätiologisch ist die Tuberkulose der Urethra tets als sekundäre Erkrankung der deszendierenden Urogenitaltuberkulose aufzufassen. Schlodtmann-Berlin.

4. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

7021 **Revue critique sur les lois de la formation des sexes.** Von Guiard. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 2.)

Das Problem der willkürlichen Beeinflussung der Bildung des männ-

lichen oder weiblichen Geschlechtes hat stets grofses Interesse hervorgerufen und es sind eine ganze Reihe von Theorien hierüber aufgestellt. Verf. bespricht dieselben und weist ihre Haltlosigkeit nach. Nur eine Theorie scheint ihm plausibel, und er hat dieselbe seit 15 Jahren einer strengen Prüfung unterworfen. Er ist zu folgendem Resultat gekommen: Die Entstehung des einen oder andern Geschlechtes ist nicht Sache des Zufalles, sondern bestimmten Gesetzen unterworfen. Die vernünftigste Theorie ist die von Thury, wonach die Befruchtung eines noch unvollkommen entwickelten Eies, d. h. während der ersten Phase seiner Wanderung durch die Tube, weibliches Geschlecht hervorruft, während umgekehrt die Befruchtung eines völlig reifen Eies, d. h. während der zweiten Phase der Wanderung, zu männlichem Geschlechte führt. Da normalerweise die Wanderung des Eies mit dem Monatsflufs zusammenfällt, so erzeugt die Befruchtung vor der Menstruation weibliches, nach der Menstruation männliches Geschlecht. Um sicher zu gehen, soll die Befruchtung schon 3—4 Tage vor resp. nach der Menstruation erfolgen. Die bisherigen Erfahrungen des Verf. scheinen seine Auffassung zu bestätigen, doch hält er zunächst eine gröfsere Zahl genauer Beobachtungen für notwendig, um sichere Resultate zu erhalten. Er fordert deshalb die Ärzte zur Mitarbeit auf. Schlodtmann-Berlin.

Zur Kenntnis der anästhesierenden Wirkung des Yohimbin (Spiegel). Von Prof. Loewy und Dr. Müller. (Aus dem tierphysiologischen Laboratorium der landwirtschaftlichen Hochschule zu Berlin.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 15.)

Das Yohimbin ist bekannt geworden durch die eigentümlichen Wirkungen, die es, in kleinen Dosen angewandt, auf den männlichen Geschlechtsapparat ausübt, und die im wesentlichen charakterisiert sind durch Hyperämie der Hoden, Nebenhoden, der Eichel und des inneren Präputialblattes. Magnani-Turin hat die Beobachtung gemacht, dafs nach Einträufelung einiger Tropfen einer $^1/_3$ bis 1 proz. Lösung in den Bindehautsack des Menschen Anästhesie der Conjunctiva und bald auch der Cornea eintritt. Diese merkwürdige anästhesierende Wirkung machten L. und M. zum Gegenstande eingehender Untersuchungen, wobei sie in ähnlicher Weise vorgingen, wie es beim Studium der anästhesierenden Wirkung der Stoffe der Kokaingruppe geschehen ist. Sie verwandten neutrale sterile Lösungen, meist 1 proz., in destilliertem Wasser oder in 0,9 proz. Kochsalzlösung. Das Resultat ihrer Untersuchungen fassen sie dahin zusammen, dafs Kokain und Yohimbin quantitativ vielleicht verschieden, qualitativ dagegen sich vollkommen gleich verhalten, dafs das Yohimbin sowohl die Erregbarkeit wie das Leitungsvermögen motorischer und sensibler Nerven bei direkter Applikation auf diese herabzusetzen bezw. ganz aufzuheben vermag, dafs es ferner bei Auftragung auf die sensiblen Nervenendigungen der Schleimhäute Anästhesie zu erzeugen im stande ist. Wie beim Kokain ist auch beim Yohimbin diese Wirkung eine vorübergehende und macht normalem Verhalten wieder Platz.

Jesionek-München.

Excitation sexuelle et attaques épileptiques chez un paralytique général. Von Féré. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 3.)

Es handelt sich um einen 46jährigen Paralytiker, bei dem sich anfallweise ein stürmisches Verlangen nach dem Coitus einstellte. Wenn die Umstände eine sofortige Befriedigung unmöglich machten, so trat ein epileptischer Anfall auf. Er fiel hin unter Bewufstlosigkeit, Konvulsionen mit Miktion, Zungenbifs und prolongierter Betäubung. Darauf folgte für 8—10 Tage geschlechtliche Ruhe. Wenn dagegen dem Vollzug des Coitus kein Hindernis sich entgegenstellte, so trat mehrmals täglich das Bedürfnis dazu auf. Mit der häufigeren Wiederholung der Anfälle zeigten sich Abnahme der Intelligenz und Sprachstörungen. Eines Tages traten 5 Anfälle nacheinander auf und damit das Ende der geschlechtlichen Erregungen; es folgten Delirien und infolge einer pulmonären Komplikation Exitus. Schlodtmann-Berlin.

Contribution à l'étude de la hernie inguinal des organes génitaux. Von Legrain und Aschoff. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1902, No. 14.)

Verf. teilen einen Fall von inguinaler Ovarialhernie bei einem 4 Monate alten Kinde mit, deren Wesen weder vor noch während der Operation erkannt wurde. Der Lückesche Kanal obliteriert gewöhnlich bis zum achten Monat des fötalen Lebens. Sein Fortbestehen begünstigt das Zustandekommen einer Inguinalhernie des Ovariums, dessen Hinabstieg in den Inguinalkanal mit dem Descensus testiculi verglichen worden ist. Schlodtmann-Berlin.

Varicocele. Von Ch. Chassaignac. (Med. Rec. 1902, 18. Okt.)

Die Mangelhaftigkeit des Gefäfstonus bei Varikocele ist sehr häufig eine angeborene, noch häufiger aber eine erworbene. Von Ursachen für die letztere führt Ch. an: Chronische Obstipation, häufiges Stehen, starke Anstrengungen, sexuelle Erregungen, hartnäckiger Husten und Dyspnoe. Das Überwiegen der linken Seite ist durch anatomische Verhältnisse bedingt: spitzwinkelige Vereinigung der Vena spermatica mit der Vena renalis, gröfsere Länge der linken Vene, Beziehung zur Flexura sigmoidea, durch welche leicht ein Abwärtsdrücken bedingt wird. Bei der Behandlung sind nach Ch. drei Operationen empfehlenswert: die subkutane Ligatur der Vene am Scrotum, die Ligatur der Vene nach Öffnung des Scrotum, die suprapubische Ligatur. Am einfachsten ist die erste Methode, exakter und zuverlässiger die zweite, denn sie gestattet auch eine Resektion der Vene. Bei der suprapubischen Incision kann eine Infektion am leichtesten verhütet werden. Palliative Mafsnahmen sind vielfach genügend und sollten zunächst versucht werden. Solche sind: Stärkung des Gefäfstonus durch lokale Applikation heifser oder kalter Salzlösungen, häufige Anwendung adstringierender Wässer, gutsitzendes Suspensorium.

Dreysel-Leipzig.



Ein Beitrag zur Therapie profuser Blasenblutungen.

Die Ausführung der Bottinischen Operation in mehreren Sitzungen, je nach der Zahl der notwendigen Incisionen. Die Blasentamponade per viam naturalem.

Von

Dr. **S. Jacoby**, Berlin,
Arzt f. Harnleiden, emer. I. Assistent des Herrn Prof. e. o. Dr. Nitze.

Es ist zweckmäfsig, die Blasenblutungen — ich habe nur solche im Auge, bei denen der Urin stark blutig verfärbt entleert wird — in zwei Gruppen zu trennen, von denen die erste Gruppe die Blasenblutungen umfafst, die als Symptom einer Blasenerkrankung auftreten, die zweite Gruppe alle diejenigen, welche nach therapeutischen Mafsnahmen sich häufig einstellen.

Die Erfahrungen, die ich während meiner langjährigen Assistententhätigkeit und in meiner eigenen Praxis gesammelt habe, und die einschlägigen Publikationen haben mich zu der Ansicht geführt, dafs, so gefahrdrohend eine Blutung auch erscheinen mag, in den meisten Fällen dieselbe doch zum Stehen kommt, wenn wir die Blase nur ruhig stellen und wenn wir der Gerinnung des Blutes innerhalb der Blase, die nicht selten mit Harnverhaltung einhergeht, vorbeugen. Dafs die Harnverhaltung selbst ein sehr wesentlicher Faktor für das Fortbestehen der Blutung in der That ist, lehrt die Beobachtung, dafs mit dem Heben der Retention die Blutung oft zum Stehen kommt. Durch Morphium wird die Blase ruhig gestellt, durch sehr reichliches Trinken von Wasser und Thee wird der blutige Urin sehr verdünnt; der Patient mufs oft urinieren, so dafs es nicht zur Bildung grofser Blutgerinnsel und zur Harnverhaltung kommt. Ist die Blutung jedoch eine so profuse, dafs sich sehr schnell grofse Blutcoagula bilden, so führt gewöhnlich das Einlegen eines Dauerkatheters zum Ziel.

Die Blasenblutungen der ersten Gruppe, die ich beobachtet habe — vor allem müssen wir an Blutungen bei Blasentumoren denken — zeigten fast niemals den gefahrdrohenden Charakter der zweiten Gruppe; die Blutungen kommen plötzlich, dauern einen oder mehrere Tage, manchmal allerdings zieht sich die Blutung auch wochenlang hin. Die Blutungen hören oft ebenso plötzlich auf, wie sie gekommen sind, oder der Urin kehrt, indem er immer weniger Blutbeimischung zeigt, allmählich zu seiner normalen Farbe zurück. Wenn keine Komplikation besteht, ist der Patient im übrigen frei von Beschwerden. Gleichwohl finden sich in der Litteratur auch Fälle dieser Gruppe, deren Blutstillung einen chirurgischen Eingriff notwendig machte. (A. Köhler.)

Die Blutungen der zweiten Gruppe sind als die Folge eines therapeutischen Traumas, wenn ich so sagen darf, aufzufassen, dessen Konsequenzen wir nicht immer ganz beherrschen und die sehr wohl imstande sind, die therapeutische Maſsnahme in gewissem Grade zu diskreditieren. Dies gilt vornehmlich von der Bottini'schen Operation, deren nachfolgende Blutung, mag sie aus der Blase oder aus Blase und Urethra post. stammen, schon manchem Operierten das Leben gekostet hat; in einigen Fällen konnte die Blutung nur durch rechtzeitig ausgeführte Sectio alta und Blasentamponade gestillt werden.

Zu dieser zweiten Gruppe gehören auch die Blutungen, die sich nach intravesikalen Operationen von Blasentumoren einstellen und die in vereinzelten Fällen so profus auftreten, daſs die Sectio alta indiziert sein kann. Gleichwohl sind wir bei der intravesikalen Methode nach Nitze nicht im entferntesten so dem Zufall der profusen Blutung anheimgegeben, wie bei der Bottinischen Operation, die uns bei ihrer jetzigen Ausführung nichts an die Hand giebt, um vorbeugend die Blutungen zu vermeiden oder auf ein geringes Maſs zu beschränken; letzteres können wir sehr wohl bei der intravesikalen Methode erreichen, wenn wir mit Nitze dem Blutreichtum des Tumors die allergröſste Aufmerksamkeit zuwenden. Pulsieren des Tumors und das Eintreten breiter, geschlängelter Gefäſse in den Stiel des Tumors mahnen zu groſser Vorsicht und werden uns veranlassen, in den einzelnen intravesikalen Sitzungen möglichst kleine Stücke des Tumors abzutragen und zuletzt für sich allein den die zuführende Arterie enthaltenden Stiel, eingedenk des Gesetzes, daſs ein Gefäſs in dem Verhältnis schrumpft, in welchem sein Versorgungsgebiet kleiner wird.

Wenn wir die Vorsicht, die wir bei der intravesikalen Operationsmethode der Blasentumoren üben, auf die Bottinische Operation übertragen, so werden zweifellos für letztere in verschiedenster Hinsicht Vorteile erwachsen, welche die Gefahren, die der Bottinischen Operation noch anhaften, wesentlich vermindern. Man darf wohl ohne weiteres annehmen, dafs wir nicht selten gegen profuse Blutungen anzukämpfen haben, die nicht aus einer, sondern aus mehreren Incisionen stammen, und dafs das zeitliche Zusammentreffen dieser Blutungen in bestimmten Fällen die Gefahr für den Operierten bedingen kann. Indem wir nun in jeder Sitzung immer nur einen[1]), in der ersten Sitzung natürlich den nach unserer Ansicht wichtigsten Schnitt ausführen, gehen wir der eben angedeuteten Gefahr aus dem Wege und vermindern in gleichem Verhältnis auch die Infektionsgefahr für den Patienten. Wenn wir nach meinem Vorschlage immer erst den Effekt einer Incision eintreten liefsen, ehe wir die nächste ausführen, denn erst nach endgültiger Konfiguration der Incisionsnarbe können wir ein sicheres Urteil darüber gewinnen, wohin die nächste Incision zu verlegen ist, würden wir in vielen Fällen mit einem Schnitt oder doch sicherlich oft mit einer geringeren Zahl von Schnitten auskommen, als es heute der Fall ist. Es liegt nicht im Rahmen meines Themas, hier näher auf die Bottinische Operation einzugehen; ich möchte aber doch hervorheben, dafs sich mein Vorschlag, in jeder Sitzung immer nur eine Incision auszuführen, in der Praxis bereits bewährt hat, worüber an anderer Stelle ausführlich berichtet werden soll.

Die Vorteile meines Vorschlages liegen also, um es noch einmal kurz zusammenzufassen, darin, dafs wir es immer sicher nur mit der Blutung und Infektion, die von einer einzigen Incisionsstelle aus entstehen, zu thun haben können, dafs die Incisionen auf die notwendigste Zahl beschränkt bleiben, dafs wir den Effekt eines jeden Schnittes zu kontrollieren in der Lage sind, und dafs wir endlich die Incisionen besser lokalisieren können.

[1]) Straufs-Frankfurt a. M. hat „in einem Fall, wo er von einem Mittellappen nichts sah, weil die hypertrophierten Seitenlappen das Kystoskop so einengten, dafs es sich nicht seitwärts bewegen liefs“ in einer zweiten Operation den Mittellappen incidiert. (Naturforscher-Versammlung Hamburg 1901.) Diese in zwei getrennten Sitzungen ausgeführte Bottinische Operation steht zu meinem Vorschlage in keiner Beziehung, da Straufs durch die anatomischen Verhältnisse allein, die sich nach der ersten Operation erst richtig deuten liefsen und die Existenz des Mittellappens zu Tage förderten, gezwungen wurde, eine zweite Operation vorzunehmen.

Gleichwohl müssen wir darauf gefafst sein, dafs, trotz Anwendung aller nur erdenklichen Vorsicht, nach therapeutischen Eingriffen so profuse Blutungen eintreten können, dafs ein längeres Abwarten den Verblutungstod des Patienten bedeutet. Das ultimum refugium in solcher Situation ist die Blasentamponade nach vorausgegangener Sectio alta, die zwar mit Sicherheit die Blutung zum Stehen bringt, in vielen Fällen aber doch, wenn wir an das Alter und den schon erlittenen Blutverlust dieser Patienten denken, einen so schweren Eingriff darstellt, dafs wir trotz Vornahme desselben den Patienten oft nicht retten können.

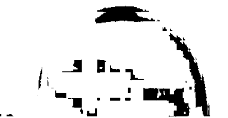
Bei Durchsicht der Litteratur finden wir daher auch, dafs sich Autoren bemüht haben, der Blasenblutungen durch weniger eingreifende Operationen als durch Sektio alta Herr zu werden. A. Köhler[1]) machte 1888 den Vorschlag bei durch Blasenblutungen heruntergekommenen Patienten mit Blasengeschwülsten erst dann die Sectio alta zu machen, nachdem sich die Kranken, durch Urethrotomie und Drainage der Blase von den fortwährenden Blutungen befreit, erholt haben. Ich möchte ferner an die Versuche erinnern mit Gummiblasen und Kautschukbeuteln eine Kompression auf die blutende Stelle auszuüben. (Buckstone-Browns dilatabler Lufttampon, erst nach Sectio mediana anwendbar. Ballonkatheter von Noguès, ursprünglich für die weibliche Vesika angegeben, um dieselbe vor der Sectio alta zu entwickeln.)

Eine hoffnungslose Blutung nach der Bottinischen Operation, die ich in meiner Praxis bei einem 76jährigen Patienten erlebte, brachte mich auf den Gedanken, profuse Blasenblutungen durch Tamponade der Blase per viam naturalem zu stillen. Der eben erwähnte nach der Operation stets fieberfreie Patient hatte schon mehrere Tage unerheblich geblutet, ohne dafs sein Befinden darunter gelitten hatte; da wurde am zwölften Tage nach der Operation nachts die Blutung plötzlich eine so profuse, dafs am nächsten Morgen der Zustand des Patienten derart verändert war, dafs ein Kollege, der sich für den Patienten sehr interessierte, und ich es für ausgeschlossen hielten, dafs derselbe noch die Sectio alta und das sich anschliefsende Krankenlager überstehen würde. Durch diesen Fall wurde ich zu meinen Versuchen angeregt.

Bevor ich auf die Blasentamponade p. viam natural. näher

---

[1]) Freie Vereinigung der Chirurgen. Berlin, 2. Juli 1888.





eingehe, möchte ich einer Publikation Gerotas[1]) gedenken, der eine Sonde zum Tamponieren von Hohlräumen angegeben hat, „ohne dafs beim Tamponieren die Wundränder gerieben oder sonst gereizt werden", und mit welcher auch schmale Kanäle (z. B. männliche Urethra, Uterus) behandelt werden können.

Wenn sich mir bis jetzt auch noch nicht die Gelegenheit geboten hat, am Lebenden die Blasentamponade p. viam natural. auszuführen, so haben doch meine Versuche an Leichen gezeigt, dafs sich die Blase bei geeigneter Technik mit dem von mir angegebenen Instrumentarium in etwa zwei bis drei Minuten mit 20 m 6 cm breiten Mullbinden fest austamponieren läfst — bei meinen letzten Versuchen habe ich stets 10 cm breite Mullbinden angewandt —, und dafs sich der Tampon, nachdem er 24 Stunden und länger in der Blase mit Blut und Harn durchtränkt verblieben ist — die Flüssigkeiten habe ich eine Zeitlang durch die Ureteren hindurchgespritzt —, ohne Schwierigkeit und sehr schnell entfernen läfst.

Eine kurze Betrachtung aller der Umstände, die so häufig die Blasenblutungen unterhalten oder eine schon zum Stillstand gebrachte wieder anfachen können, belehrt uns, dafs die Tamponade der Blase p. viam nat. in Verbindung mit Drainage derselben, welche den Dauerkatheter ersetzt, indem sie ein gleichmäfsiges, permanentes Abfliefsen des Urins ermöglicht, sehr wohl imstande ist, alle jene störenden Momente zu beseitigen.

Nach ausgeführter Blasentamponade schliefst sich die Blase ihrem Inhalte, dem Tampon, fest an; der Inhalt bleibt aber seinem Umfange nach fast immer derselbe, da durch das Herausleiten des Tampons durch die ganze Urethra das gleichmäfsige Abfliefsen des Urins gesichert ist; es ist somit der Umstand beseitigt, der wohl als Hauptfaktor die Blasenblutung nicht zum Versiegen kommen läfst oder, wenn sie aufgehört und noch kein genügend fester Thrombus sich gebildet hat, von neuem anfacht: ich meine, es wird durch die Kombination von Tamponade und Drainage vor allem verhindert, dafs die Blase dem Wechsel ihres Inhaltes entsprechend bald mehr bald weniger stark ausgedehnt wird. Es ist einleuchtend, dafs durch dieses häufige Schwanken in der Blasenausdehnung die blutende Stelle gezerrt und auf diese Weise oft das Bilden

---

[1]) Revista de Chir. V. 12, pag. 529. 1901.

Mir stand nur das Referat aus den Schmidtschen Jahrbüchern (1902. Nr. 276) zur Verfügung.

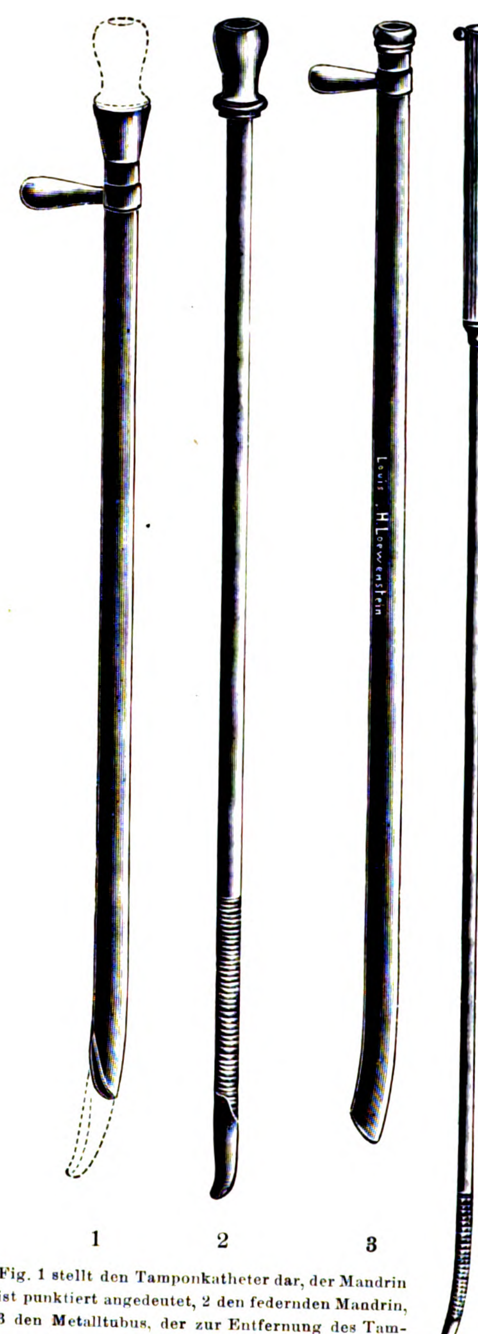


Fig. 1 stellt den Tamponkatheter dar, der Mandrin ist punktiert angedeutet, 2 den federnden Mandrin, 3 den Metalltubus, der zur Entfernung des Tampons dient und im Text unter Nr. 4 beschrieben ist, 4 den Stopfer und 5 endlich den langen Mandrin.

eines Thrombus unmöglich gemacht wird. Aufserdem aber wird durch die Tamponade ein mechanischer Druck auf die blutende Stelle ausgeübt und durch die Ableitung des Urins es unmöglich gemacht, dafs derselbe, indem er die blutende Stelle dauernd bespült, die Gerinnung des Blutes erschwert oder einen noch nicht genügend festen Thrombus ablöst. Die Wirkung des mechanischen Druckes auf die blutende Stelle läfst sich noch erhöhen durch einen Kompressionsverband um das Abdomen, der einen festen Watteballen gegen die palpable, austamponierte Blase drückt.

Das Instrumentarium besteht aus folgenden Teilen: 1. aus dem eigentlichen Tamponkatheter (Fig. 1) einem 30 cm langen Metallrohr Nr. 24 Charr., dessen vesikales Ende leicht gebogen ist und dessen vesikale Öffnung Herzform hat. Ein Mandrin (Fig. 2), der den flachen Winkel des Tamponkatheters mittels

einer federnden Stelle passiert, erleichtert das Einführen des Katheters, indem er dessen vesikales Ende verjüngt. 2. aus dem Stopfer (Fig. 4), welcher abgerundet vesikal endet und nur etwa $^1/_2$ cm über den Tamponkatheter hinausragt, um ein Verletzen der Blasenwand beim Tamponieren unmöglich zu machen; vor diesem abgerundeten Ende trägt der Stopfer ein etwa $2^1/_2$ cm langes Gebifs, dessen Rauhigkeiten so angeordnet und geformt sind, dafs sie bei Berührung des Tamponstreifens denselben nach der Blase zu mitziehen müssen, nicht aber in derselben Weise in umgekehrter Richtung wirken. 3. aus einem 65 cm langen, Nr. 8 Charr. dicken Mandrin (Fig. 5), der nach Vollendung der Tamponade neben dem heraushängenden Gazestreifen in den Tamponkatheter eingeführt wird. Während der Einführung des Mandrins mufs der heraushängende Gazestreifen mit dem Daumen gegen den Katheter gedrückt und dadurch fixiert werden, um zu verhindern, dafs der Streifen vom Mondrin gegen die Blase geschoben wird. Über diesen Mandrin wird der Tamponkatheter aus der Blase herausgezogen, hierauf wird der Mondrin selbst aus der Urethra entfernt. Der Mandrin besitzt eine Marke, welche die Länge des Tamponkatheters anzeigt und von der ab eine $^1/_2$ cm-Skala beginnt, um stets orientiert zu sein, wie weit der Mandrin in die Blase eingeführt ist. 4. aus einem Metalltubus (Fig. 3), der zwecks Entfernung des Tampons über das aus der Urethra heraushängende Ende des Tamponstreifens in die Blase eingeführt wird; durch diesen Tubus hindurch wird der Tampon langsam und vorsichtig aus der Blase als Streifen entwickelt, ohne den Sphinkter und die Urethra zu berühren und zu reizen. Dieses Metallrohr, das vor seinem vesikalen Ende eine leichte Biegung hat, ist 23 Charr. stark; seine vesikale Öffnung ist kreisrund und besitzt einen abgestumpften Rand.

Zum Tamponieren hat sich mir nach Versuchen mit verschiedenen Stoffen eine fortlaufende Mullbinde[1]) am geeignetsten erwiesen, die bei einer Stärke von 24 Charr. des Tamponkatheters 10 cm breit sein kann, ohne irgend welche Schwierigkeiten zu bereiten. In Rücksicht darauf, dafs die Resorptionsfähigkeit der Blasenwand sehr gering ist, wird man mit Vorteil jodoformierte Mullgazebinden wählen. Da ferner das ganze Instrumentarium sterilisiert werden kann und wir durch interne Darreichung von

[1]) Es kann der Tampon auch gleichzeitig als Arzneimittelträger dienen, indem er mit blutstillenden Mitteln imbibiert wird.



Urotropin dem Urin selbst desinfizierende Eigenschaften verleihen können, ist bei der Blasentamponade per viam naturalem eine Infektionsgefahr nicht sehr zu fürchten.

Die Blasentamponade per viam naturalem erfordert dieselbe Vorbereitung wie die Tamponade nach Sectio alta; es mufs die Blase vorher vollständig entleert werden, es mufs besonders Wert darauf gelegt werden, dafs auch alle Blutgerinnsel entfernt sind. Der Tamponkatheter selbst ersetzt den Evakuationskatheter, so dafs sofort nach Entleerung der Blase ohne Zeitunterbrechung, ehe sich von neuem grofse Blutgerinnsel gebildet haben, die Tamponade ausgeführt werden kann.

Die Technik der Tamponade ist die denkbar einfachste und leicht an der Leiche oder am Blasenphantom einzuüben. Die Tamponade wird im Bette ausgeführt; der Patient, an dessen rechter Seite der Arzt steht, liegt in Rückenlage mit etwas erhöhtem Becken dicht am Bettrande.

Nachdem nach vorausgegangener Desinfektion des Penis der Tamponkatheter eingeführt, wird die Blase von seinem Inhalt vollständig befreit und sofort möglichst schnell vermittels des Stopfers das eine Ende der Mullbinde — dieselbe lagert innerhalb des Tamponkatheters stets zwischen dessen unterer Wand und dem Stopfer — in die Blase gezogen. Hierauf wird der Stopfer, indem er mit seinem Gebiss gegen die obere Wand des Tamponkatheters gedrängt wird, etwa 10 cm weit in den Katheter zurückgezogen, dann auf den Tamponstreifen gedrückt und nach vorn gegen die Blase gestofsen. Auf diese Weise wird, indem die einzelnen, etwa 10 cm langen Stücke der Binde gegeneinander gedrückt werden, ohne — und das möchte ich hier ganz besonders hervorheben — eine Schlinge bilden und sich verknoten zu können, allmählich die Blase fest ausgestopft.

Der Tamponkatheter ist bei Beginn der Tamponade tief in die Blase eingeführt, mit seiner Ausflufsöffnung zuerst nach einer Seite gerichtet; sobald das Austreten des Gazestreifens in die Blase erschwert wird, richtet man die Ausflufsöffnung direkt nach hinten, tamponiert eine zeitlang, um die Ausflufsöffnung alsdann gegen die andere Seite zu richten, sobald sich wieder Schwierigkeiten für das Heraustreten des Tampons wegen Raummangels einstellen. Hierauf wird der Tamponkatheter ein wenig zurückgezogen, d. h. die vesikale Öffnung des Katheters wird dem Orificium int. genähert, um in derselben Weise wie vorher weiter zu tamponieren.

Der Tamponkatheter selbst berührt stets mit seinem ganzen, leicht gebogenen vesikalen Schenkel den Blasenboden, so dafs seine vesikale Öffnung am tiefsten liegt.

Für die Entfernung des Tampons ist es natürlich notwendig, dafs der Tamponstreifen etwa 40 cm lang aus der Urethra heraushängt, um über denselben den Metalltubus (Fig. 3) in die Blase einzuführen. Dieser Tubus ermöglicht es, ohne den Patienten zu belästigen, den Tampon aus der Blase als Streifen herauszuziehen. Es ereignet sich hierbei — aber nicht oft —, dafs der Tampon im ganzen oder ein Teil desselben gegen die Mündung des Tubus herangezogen wird und dafs hierdurch die Entwicklung des Streifens plötzlich stockt. In einer solchen Situation ist es nicht angebracht, mit Gewalt zu ziehen, sondern man läfst den Tamponstreifen los und zieht den Tamponkatheter etwa 1 cm gegen die Urethra post. zurück; dann gelingt das Weiterentwickeln des Tampons; der Tamponkatheter wird hierauf wieder unter leichtem Anziehen des Tamponstreifens 1 cm zurück in die Blase eingeführt und die Entwicklung des Tampons zu Ende geführt, oder man führt den Stopfer oder den mit der $^1/_2$ cm-Skala versehenen Mandrin (Fig. 5), der allerdings mit gröfster Vorsicht anzuwenden ist, ein und drückt auf diese Weise den Tampon zurück, der sich dann etwas anders zur Mündung des Metalltubus einstellt und die Weiterentwicklung des Tampons ohne weiteres gestattet.

Wenn es sich um eine profuse Blutung nach der Bottinischen Operation handelt, dann sind wir in der Lage, wenn nach meinem Vorschlage in jeder Sitzung immer nur eine Incision ausgeführt wird, und wenn mit Hilfe meiner Kontrollscheibe[1]) operiert worden ist, die blutende Stelle zu lokalisieren, wir werden ein Urteil darüber haben, ob eine Blutung der Urethra posterior wesentlich in Betracht kommt, um eventuell an die Blasentamponade die Tamponade der Urethra post. anzuschliefsen. Eine feste Tamponade der Urethra post. erreichen wir, wenn wir nach vollendeter Blasentamponade den Tamponkatheter etwa 1 cm aus der Urethra post. zurückziehen und den vor dem Katheter befindlichen Raum in bekannter Weise tamponieren; hierauf wird der Stopfer gegen den Tampon gedrückt und gleichzeitig der Tamponkatheter wieder 1 cm aus der Urethra post. herausgeführt, um wie vorher weiter zu tamponieren.

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 38.

Da die Blasentamponade per viam naturalem im Vergleich zur Sectio alta eine schnell und leicht auszuführende Mafsnahme darstellt, die blofs das Ruhigstellen der Blase durch Morphium voraussetzt, werden wir dieselbe nicht allein als ultimum refugium an Stelle der Sectio alta anwenden, sondern sie wird schon bei Patienten in Frage kommen, die wir vor gröfseren Blutverlusten schützen möchten, ohne dafs ein Eingriff wie die Sectio alta indiziert zu sein braucht.

Dafs die Blasentamponade per viam naturalem auch bei der Frau anwendbar und jedenfalls der nicht immer gefahrlosen Dehnung vorzuziehen ist, brauche ich nur zu erwähnen.

Das Instrumentarium wird von der Firma Louis und H. Loewenstein, Berlin, Ziegelstr. 28, angefertigt.

Über chronische nichtgonorrhoische Urethritis.

(Im Anschlufs an einen auf der Naturforscher-Versammlung zu Karlsbad 1902 gehaltenen Vortrag.)

Von

Dr. **Galewsky**, Dresden.

Nach der eingehenden Arbeit Guiard's hat zuerst Barlow im Jahre 1899 in einer zusammenfassenden kritischen Studie „über die Urethritis non gonorrhoica“ mit Berücksichtigung 50 einschlägiger Arbeiten und an der Hand eines selbst beobachteten Falles konstatiert, dafs eine primäre nichtgonorrhoische Urethritis bestände, in deren Produkten man mit den bisherigen Methoden niemals Bakterien irgend welcher Art finde, die Krankheit scheine kontagiös zu sein. Seit dieser Zeit ist Ende 1901 von Goldberg eine Arbeit über akute primäre Streptokokken-Urethritis veröffentlicht worden, in der Verfasser am Schlufs zu folgenden Thesen kommt:

Eine charakteristische klinische Symptomatologie läfst sich nach den bisherigen wenigen Fällen nicht aufstellen. Klinisch ist die Unterscheidung von Gonorrhoe nicht möglich; kurz zusammengefafst wären die bisher beschriebenen Eigentümlichkeiten: bald kurzer, spontaner Verlauf, bald schleichender, langwieriger Verlauf aller Therapie zum Trotz; gute Prognose, Seltenheit der Komplikation, Kontagiosität wahrscheinlich, daher Heiratserlaubnis bis zur Beseitigung aufzuschieben. Goldberg stellt infolgedessen zum Schlufs als kurze Formel auf: Es giebt eine, primärer Infektion entstammende, Urethritis non gonorrhoica. Bei einigen Fällen fand man schon mikroskopisch Mikroorganismen als wahrscheinliche Krankheitserreger, in andern mikroskopisch nicht. Geeignete Kulturverfahren müssen diese Lücke ausfüllen.

Im Mai 1902 hat dann Alfred Wolf aus Josefs Poliklinik ebenfalls einen Fall von Urethritis ohne bekannte Ätiologie ohne

Gonokokken beschrieben, der zehn Wochen nach dem Beischlaf auftrat.

Der erste, der versuchte, aus diesen einzelnen Fällen eine Gruppe herauszunehmen und ein Krankheitsbild aufzustellen, ist Wälsch gewesen, der Ende 1901 in einer exakten, präcisen Studie „Über chronische nichtgonorrhoische Urethritis" an der Hand von fünf Fällen ein Krankheitsbild aufstellte, welches sich charakterisierte

1. durch das lange Inkubationsstadium (8—16 Tage nach der Infektion erste Symptome);

2. durch den von allem Anfang an exquisit chronischen Beginn und Verlauf;

3. durch die geringfügigen objektiven und subjektiven Beschwerden (geringes Jucken oder leichtes Brennen, graugelblicher Sekrettropfen, Urin in beiden Portionen klar, nur im Anfangsstadium erste Portion leicht trübe, später zahlreichere dickere und dünnere Fäden);

4. durch den auch in den allerersten Stadien der Erkrankung negativen Gonokokkenbefund (negativer Gonokokkenbefund im Gegensatz zu der von Finger beschriebenen subakut oder chronisch einsetzenden Gonorrhoe, wenig Mikroorganismen, Gram-nichtbeständige Stäbchen oder Gram-beständige Diplokokken);

5. durch den langwierigen chronischen Verlauf (mit in keinem Falle vermittelst keiner der modernsten Behandlungsmethoden zu erzielenden Heilung, daher Erfolg gleich Null);

6. durch die schlechte Prognose bez. Dauer und Heilung.

Im Jahre 1902 hat Reichmann in Prag einen mit Wälschs Fällen korrespondierenden Fall beschrieben; im Jahre 1903 Bodländer — scheinbar ohne Kenntnis der Arbeit von Wälsch und meines Vortrages — ebenfalls einen Fall von primärer nichtgonorrhoischer Urethritis, in welchem es ihm gelang, kleine Stäbchen zu isolieren.

Ich möchte nun kurz berichten über meine Beobachtungen, die im grofsen und ganzen mit denen des Kollegen Wälsch übereinstimmen und die sich über einen Zeitraum von fünf Jahren erstrecken (den ersten Patienten habe ich am 1. Mai 1898 in Behandlung genommen).

Seit diesem Termine bis zum heutigen Tage[1]) habe ich ins-

[1]) Es sind nur diejenigen Fälle mitgezählt, die — teils gebessert, teils geheilt, teils ungeheilt — ich als abgeschlossen betrachte; die noch in Behandlung befindlichen sind nicht mitgezählt.



gesamt 14, wie ich glaube, einwandsfreie Kranke behandelt, die nie früher gonorrhoisch oder luetisch krank waren und die im allgemeinen das Krankheitsbild boten, welches Kollege Wälsch beschrieben. Da dasselbe in allen 14 Fällen ziemlich das gleiche war, so will ich nur ganz kurz die Punkte hervorheben, die mir einer eingehenden Erwähnung wert zu sein scheinen, und im übrigen auf die Arbeit des Kollegen Wälsch noch einmal verweisen.

In allen Fällen war die Inkubationszeit eine aufserordentlich lange; unter meinen 14 Fällen war die kürzeste Inkubationszeit 9 Tage, die längste 21 Tage. Und was ich noch besonders hervorheben will: ich habe Gelegenheit gehabt, zwei Patienten infiziert zu sehen, die sich bei derselben Prostituierten infiziert hatten und welche mich an zwei nacheinander folgenden Tagen aufsuchten. Wenn ich auch leider nicht Gelegenheit hatte, die betreffende Prostituierte zu untersuchen, so ergiebt sich doch hieraus zweifellos, dafs es sich um eine ansteckende übertragbare Affektion handelt, die durch irgend ein uns unbekanntes Etwas übertragen wird. In diesen beiden Fällen betrug die Inkubationszeit neun und zehn Tage.

Fast ganz mit des Kollegen Wälsch Beobachtungen stimmt der exquisit chronische Beginn, die kaum merkbaren Beschwerden und das Hinschleichen der Erkrankung; die objektiven Beschwerden sind und bleiben minimal; sie verschwinden bei der Behandlung und kehren bei Aufhören derselben sofort wieder. Sie kehren wieder bei leichten Exzessen in Venere et Baccho. Sie machen dem Patienten fast gar keine Beschwerden; derselbe sucht meistens den Arzt nur deshalb auf, weil er leichtes Jucken und Brennen, ein geringfügiges katarrhalisches Sekret bemerkt, die Prostata war stets normal. Komplikationen dieser Erkrankung habe ich nur in einem Falle gesehen. Die Posterior war in demselben miterkrankt, und es entstand nach kurzer Zeit eine einseitige Hodenentzündung, die vielleicht dadurch noch erklärlicher wird, dafs der Patient Strafsenbahnschaffner war und mit der Erkrankung Dienst that.

Den negativen Gonokokkenbefund habe ich stets konstatieren können; ich habe in einzelnen Fällen bis 50 Präparate angefertigt, ohne nur einmal gonokokkenverdächtige Mikroorganismen finden zu können.

Namentlich der eine Kranke — ein junger Kollege, welcher sich das erste Mal infiziert hatte — ist $1^1/_2$ Jahre lang so genau

beobachtet worden, wie es überhaupt nur möglich ist. Das Sekret war stets schleimig-eitrig, oft mehr schleimig als eitrig, die Flocken ebenfalls. Schliefslich heilte nach erfolgloser Behandlung der Prozess ganz allmählich spontan ab.

In vier von den 14 Fällen habe ich versucht, durch den Kulturversuch Gonokokken nachzuweisen; es ist aber niemals auf Serum-Agar auch nur eine verdächtige Gonokokkenkultur angegangen. Sonst wuchsen der von Steinschneider und mir bereits 1889 beschriebene milchweifse Diplococcus und ebenfalls wie beim Kollegen Wälsch in zwei Fällen ein nichtgrambeständiger schlanker Bacillus, den ich auch bereits früher gesehen hatte. In einem der letzten Fälle, die ich in Behandlung bekam — er ist noch in Behandlung und nicht mitgezählt —, hat der Patient — ein bakteriologisch geschulter Kollege — Streptokokken vereinzelt nachweisen können; ich selbst habe in den letzten Präparaten keine gefunden; ich glaube mit Asakura — gegenüber Goldberg —, dafs in diesen Streptokokken nicht die Erreger der Urethritis zu suchen sind. Bodländer hat in einem Tierversuch eine profuse Eiterung durch das Hineinbringen seiner Stäbchenkultur in die Urethra des Hundes erzielt, die wochenlang anhielt. Er glaubt in ihnen das pathogene Agens zu sehen. Nach der — allerdings schlechten — Abbildung zu urteilen, scheint dieser Bacillus nicht mit dem von Wälsch und mir gesehenen übereinzustimmen. Endoskopisch ist mir aufser einer diffusen Rötung und Schwellung der Schleimhaut in drei Fällen das besondere Befallensein der Morgagnischen Lakunen und Littréschen Drüsen aufgefallen. In diesen drei Fällen liefs auch ein grofser Teil der kleinen Fädchen im Urin seine Abstammung aus den Drüsen erkennen.

Die Beeinflussung des Prozesses durch die Therapie war leider, was die völlige Heilung anbelangt, eine höchst mangelhafte. Ich kann Herrn Kollegen Wälsch fast völlig beistimmen, wenn er sagt, es gelinge mit keiner der verschiedensten Behandlungsmethoden, den Prozefs zur Heilung zu bringen; am besten gelingt es noch mit schwachen Lösungen, die katarrhalischen Erscheinungen zu beseitigen. Gegen die Filamente ist unsere Behandlung ziemlich machtlos; die Zeit ist auch hier die beste Heilerin. Ganz allmählich verschwinden die Filamente, je mehr man die Urethra in Ruhe läfst. Ich habe mich gerade bei den Fällen, die ich seit fünf und vier Jahren in Behandlung habe, davon überzeugen können. Von den 14 Fällen, die ich behandelt habe, sind drei aus der Behandlung

weggeblieben; die anderen habe ich jahrelang verfolgt, einen Teil noch kurz vor Vollendung der Arbeit gesehen.

Unter diesen 14 Fällen ist eigentlich nur einer, und zwar der am längsten beobachtete (fünf Jahre), ganz geheilt. Er hat keine Filamente, ist verheiratet und hat keinerlei Beschwerden mehr von seiner Affektion gehabt. Alle anderen haben teils mehr, teils weniger Fäden, obwohl ich im Anfang, als ich die Affektion noch nicht genau erkannte, die Patienten sehr energisch behandelt habe; aber ich fand, dafs gerade forcierte Behandlung (Dehnungen, Bougieren, Spülungen usw.) weniger nützten als milde. In der letzten Zeit habe ich die Patienten ganz milde behandelt, zum Teil nur mit innerer Behandlung (adstringierende Thees und Balsamika), und fast dieselben Erfolge erzielt, wie bei den ersten Patienten, die ich energisch vornahm. Reichmann hat kürzlich in seinem Falle bei endoskopischer Behandlung mit Galvanokaustik Erfolge gesehen; es wäre nicht unmöglich, dafs wir bei den Prozessen, die vornehmlich mit Befallensein der Littréschen Drüsen und Morgagnischen Lakunen einhergehen, mit dieser Methode Erfolge erzielen könnten. In einem Falle hat mir die Salbenspritze gute Dienste gethan. Drei von meinen Patienten haben geheiratet, ohne ihre Frauen zu infizieren.

Aufser diesen chronischen nichtgonorrhoischen Urethritiden habe ich im letzten Jahre Gelegenheit gehabt, noch drei Fälle von nichtgonorrhoischer Urethritis zu sehen, die mit kurzer Inkubation einsetzten (4—5 Tage), ebenfalls auf häufiges Untersuchen keine Gonokokken zeigten und verhältnismäfsig schnell (14 Tage bis 4 Wochen) abheilten. Ob wir es hier mit einer akuten leichteren Form dieser Erkrankung zu thun haben, bleibt dahingestellt; diese Fälle bedürfen noch der genaueren Beobachtung.

Ein ebenfalls differentes Aussehen bieten die Urethritiden, die im Anschlufs an den Gebrauch der Gonorrhoe-Prophylaktika entstehen und die ich in den letzten zwei Jahren seit dem häufigeren Gebrauch dieser Apparate öfter zu sehen Gelegenheit hatte. Hier haben wir es fast stets mit einer stürmischer einsetzenden akuteren Urethritis zu thun, die als Irritations-Urethritis aufzufassen ist und sofort aufhört, sobald der Reiz wegbleibt.

Fasse ich noch einmal zusammen, so glaube ich mit Kollegen Wälsch festgestellt zu haben:

Es giebt eine nichtgonorrhoische, chronisch einsetzende Urethritis, die der Behandlung sehr schwer zugänglich ist und darum

chronisch verläuft. Vielleicht rührt ein Teil der chronischen Urethritiden (ohne Gonokokkennachweis), die wir erst spät in Behandlung bekommen, von diesen Urethritiden her, und wir behandeln vielleicht oft Fälle mit Dehnungen und Spülungen, die ohne eine Behandlung oder sagen wir auf eine ganz milde Behandlung besser abheilen würden, als auf eine forcierte. Wir verweigern vielleicht den Heiratskonsens, wenn wir nicht auf Gonokokken untersuchen, Kranken, die vielleicht mit dieser Affektion heiraten könnten. Wir sind anderseits aber auch nicht in der Lage, mit Sicherheit derartigen Patienten den Heiratskonsens zu geben, weil wir noch nicht wissen, ob diese Patienten infizierend wirken und in welcher Form sich die Infektion bei der Frau äufsert. Sicherlich würde die Zahl der nichtgonorrhoischen Urethritiden eine noch viel gröfsere sein, wenn es möglich wäre, auch die Fälle mitzuzählen, bei denen die frühere Gonorrhoe bestanden, aber abgeheilt war und bei denen plötzlich nach Jahren gonokokkenfreie Katarrhe entstehen, ohne dafs die Prostata oder die Harnröhrenschleimhaut einen Anhalt für diese Erkrankung bieten.

Ich glaube, dafs schon diese letzten Erwägungen uns allein zwingen müssen, unsere Aufmerksamkeit mehr als bisher auf diese nicht so seltenen Formen der nichtgonorrhoischen Urethritiden zu lenken, weil sie vielleicht die Ursache sind für viele chronische Urethritiden, die wir heute als die Folgen verschleppter Gonorrhoe ansehen und demgemäfs behandeln.

Litteratur.

1. Noguès, Des uréthrites non gonococciques. La médecine moderne 1897, pag. 697.

2. Picard, Uréthrite sans gonococques de la première rencontre sexuelle. A. d. M. d. O. génit.-ur. 1896, pag. 743.

3. Róna, Urethritis et prostatitis non gonorrhoica. Verhandl. d. Vereins ung. Dermatol. u. Urolog. 1896, 6 II, Archiv f. D. B. 36, Seite 251.

4. Guiard, Des uréthrites non gonococciques. Annales d. mal. d. org. génit.-ur. Mai 1897, pag. 449—99.

5. Hogge, des Urethroprostatites subaiguës d'emblée et aseptiques. Liège 1897.

6. Delefosse, Un cas d'Uréthrite non gonococcique. Journal d. malad. cut. et syphil. 1897, pag. 26.

7. Barlow, Urethritis non gonorrhoica. Archiv f. klin. Medizin 1899, Seite 444—69, Bd. 66.

8. Goldberg, Akute primäre Streptokokken-Urethritis. Archiv f. Dermatologie 48, Seite 133.

9. Strubel, Contribution à l'étude des Uréthrites non gonococciques primitives. Thèse de Nancy 1901, No. 1.

10. Wälsch, Chronische nicht gonorrhoische Urethritis. Prager mediz. Wochenschrift 1901.

11. Malherbe, A., Note sur un cas d'uréthrite aiguë à staphylococques.

12. Wolff, Ein Fall von Urethritis ohne bekannte Ätiologie. Dermatol. Centralblatt 1902, Nr. 8.

13. Galewsky, Über chron. nicht gon. Urethritis. Verhandlungen d. Deutschen Naturforscher u. Ärzte 1902 in Karlsbad, II. Bd., Seite 502.

14. Reichmann, Behandlung von chronischer nicht blennorrhoischer Urethritis (Wälsch). Prager mediz. Wochenschrift 1902, Nr. 9.

15. Bodländer, Ein Fall von primärer Urethritis non gonorrhoica. Dermatol. Zeitschrift Juni 1903.

16. Asakura, Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Mannes. Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane 1903, Heft 3.



Litteraturbericht.

1. Erkrankungen der Harnleiter und Harnblase.

Sul potere d'assorbimento e di eliminazione della mucosa vesicale. Von Bucco. (Gazz. degli osped. 1903, No. 23)

Versuche über das Absorptionsvermögen der Blase, die Verf. an gesunden Hunden anstellte, ergaben, dafs Methylenblau oder Jodkalium, subkutan injiziert, nach 4—5 Stunden nicht in die Blase übergegangen waren, während verschiedene lösliche Medikamente, in die Blase injiziert, nach 5—50 Minuten sämtlich in die Blutbahn übergingen, wie aus der Reaktion des Speichels, aus bald eintretenden Vergiftungserscheinungen, oder aus der Urinabsonderung aus dem oberhalb der Unterbindungsstrecke gelegenen Ureterenabschnitt zu erkennen war.

Hentschel-Dresden.

Über Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen. Von G. Kapsammer. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29 u. 30, 1903.)

K. berichtet über 37 Fälle von Enuresis, welche mittelst epiduraler Injektionen nach der Cathelinschen Methode behandelt wurden. 25 davon, bei denen die Behandlung zu Ende geführt wurde, sind geheilt, 6 entzogen sich der Behandlung, 6 stehen noch in Behandlung. Sämtliche Injektionen wurden ambulatorisch gemacht, jedoch unter denselben antiseptischen Kautelen, wie bei einer Laparotomie. Von unangenehmen Zufällen sah K. zweimal Erbrechen, welches einmal auch mit vorübergehenden Kopfschmerzen verbunden war. 8 Patienten waren nach der ersten, 4 nach der zweiten Injektion geheilt, die übrigen bedurften mehr (bis 13). 14 Fälle wurden mit $^1/_4$—$^1/_2$ % Kokainlösungen, 11 mit physiologischer Kochsalzlösung behandelt. Die Methode ist vollständig ungefährlich. K. hat diese Methode auch bei anderen Erkrankungen des Harnapparates (Blasentbc., Cystopyelitis u. s. w.) versucht, ohne nennenswerte Erfolge zu sehen.

von Hofmann-Wien.

Modifications de technique des injections epidurales. Von Cathelin. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 8.)

Straus in Barmen hat die Arbeit Cathelins über epidurale Injektionen durch Punktion des Canalis sacralis und ihre Anwendung bei Krankheiten der Harnwege ins Deutsche übersetzt und dabei einige Modifikationen der Technik angegeben. Cathelin führt diese Modifi-

kationen, welche die Nadel, die Spritze und die Injektionsflüssigkeit betreffen, an und spricht die Erwartung aus, dafs die Methode sich auch in Deutschland einbürgern möge. Schlodtmann-Berlin.

Gegen die Incontinentia urinae der Kinder. Von M. Comby. (Le progr. méd. 1902, 48.)

Zur Behandlung der Inkontinenz wird empfohlen:

Rp. Fol. sicc. Rhois radicantis 10,0
Spiritus 50,0

MD. Macera per 15 dies, filtra! S. 10—20 Tr. auf Zuckerwasser z. nehmen, bei mehr als 6jähr. Kinde 40 Tr. oder:

Rp. Pulv. fol. Rhois toxicodendri 0,1
Sacchar. alb. 3,0

Mfpulv., div. in part. aeq. Nr. 10. S. 1—2 P. pro die z. nehmen; oder:

Rp. Extr. fluid. Rhois aromaticae 50,0
Syrup. flor. Aurantii 10,0
Aq. dest. 40,0

MDS. 3 mal tgl. 1 Efsl. voll z. nehmen. Hentschel-Dresden.

La hernie inguinale et la vessie. Von Lucas-Championnière. (Revue de chir. 02, XI p., 664.)

Verf. erwähnt zuerst einen Fall von irreponibler Leistenhernie mit Blasenbruch bei einem 51jährigen Manne, der durch Operation unter Resektion eines daumengrofsen Stückes der Blase glatte Heilung fand. In 900 Fällen von Leistenhernien hat Verf. 6mal die Blase beteiligt gefunden und zwar nie im Bruchsack, sondern stets daneben. Alle Kranken wurden, obwohl im höheren Alter stehend, geheilt. Naht der Blase in 3 Ebenen mit Catgut und Weglassen des Dauerkatheters gaben die besten Resultate. Hentschel-Dresden.

Über einen Fall von Schenkelblasenhernie. Von Krjukow. (Russki Wratsch 03, 9.)

Veranlafst durch einen mit gutem Erfolge operierten Fall von Schenkelblasenhernie bei einer 86jährigen Frau, hat K. aus der Litteratur 46 Fälle von Blasenhernie gesammelt und in 23 % als charakteristische Symptome gefunden: Schmerzen in der Blase, häufiger Harndrang, Harnretention, Schwanken der Gröfse der Hernie je nach dem Füllungsgrade der Blase, Verkleinerung der Hernie bei Druck. Von den 47 Fällen wurden 46 operiert, die Harnblase wurde in 67 % verletzt, 4 Fälle verliefen tödlich. In 15 % der Fälle wurde die Diagnose auf Blasenhernie vor der Operation, in 66 %, auch in dem Falle des Verf., während, und in 19 % nach der Operation gestellt.

Hentschel-Dresden.

Vom Mastdarm aus in die Blase perforierende Verletzung. Von Grzés. (Der Militärarzt, Wien 1902, 13 u. 14.)

Durch einen Stock, der in den Anus eindrang, wurde die vordere

Rektalwand 5 cm oberhalb des Analringes sowie die Blase perforiert. Die Schwere der Verletzung zeigte sich in der Unmöglichkeit zu urinieren, bei gleichzeitigem Abgang von Harn und Kot durch den Anus und mehrerer blutiger Tropfen aus der Urethra. In Narkose wurde eine Dehnung des Sphinkters ausgeführt, die Perforationsstelle tamponiert und ein Verweilkatheter eingelegt. Unter Blasenspülungen und täglichem Tamponwechsel reaktionslose Heilung binnen vier Wochen.

Hentschel-Dresden.

Fracture of the ischiopubic ramus and rupture of the bladder: recovery after operation. Von L. Peters. (Americ. Medicine May 23, 1903.)

Der 16jährige Patient war überfahren worden. Nach der Verletzung fühlte er heftige Schmerzen bei Druck in der rechten Hüfte und Bewegungen des rechten Beines. Gleichzeitig bestand Unvermögen zu urinieren. Mit dem Katheter, welcher leicht in die Blase gelangte, konnte man 8 Stunden nach der Verletzung nur 56 ccm blutigen Urins entleeren. Es wurde daher die Sectio alta vorgenommen. Der Rifs safs schwer zugänglich an der vorderen Blasenwand dicht oberhalb des Blasenhalses hinter der Symphyse. Es gelang nur, ihn partiell zu verschliefsen. Verweilkatheter. Heilung.

von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Differentialdiagnose der intra- und extraperitonealen Harnblasenrupturen. Von Wreden. (Russki Wratsch 1903, No. 8.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1905, VIII. Bd., 4. H.)

Dem Verf. dient der Charakter der Dämpfung im unteren Teile des Abdomens als Hilfsmittel zur Differentialdiagnose: unbewegliche Dämpfung oberhalb der Symphyse soll für eine intraperitoneale Ruptur der Blase nebst Harninfiltration, eine bewegliche Dämpfung oberhalb der Symphyse für eine extraperitoneale Ruptur sprechen.

Hentschel-Dresden.

Über intraperitoneale Rupturen der Harnblase. Von Seldowitsch. (Russki Wratsch 02, 51.)

Von 5 Fällen von Harnblasenruptur bei Frauen, die in den ersten Tagen nach der Verletzung zur Operation kamen, konnte nur einer gerettet werden. Die Operation fand hier am 5. Tage statt. Die Ursache der Ruptur war in diesem Falle ein Fufstritt gegen das Abdomen.

Hentschel-Dresden.

Sur la photographie intra-vésicale (avec projections). Von Dr. J. Baer-Wiesbaden. (5. séance de l'association française d'urologie, Paris 1901.)

Anknüpfend an die von Nitze in dem cystophotographischen Atlas gemachten Angaben macht Baer nach eigener Erfahrung folgende Vorschläge:

Zur Schonung der Lampe bezw. der Beleuchtungsschlinge Stromschlufs besser durch den Rheostaten als durch Kontakt fertigzustellen;

Gebrauchnahme eines Voltameters, vor allem bei Anwendung eines Akkumulators.

1—6″ Exponierzeit der Platte genügt vollauf; in den meisten Fällen am günstigsten 1—3″ Exposition bei möglichst starker Beleuchtung. Gelegentlich wurden Bilder bei Exposition unter 1″ gewonnen. Gröfsere Exponierzeit (4—6″) erforderlich bei gröfserem Abstand vom Objekt oder bei absichtlich verringerter Lichtstärke.

Ein Stativ wird auch bei geringster Exponierzeit für notwendig erachtet und ersetzt immer Assistenz. Sedlmayr-Borna.

Ein Photographier- und Demonstrationscystoskop. Von L. Casper. (Monatsb. f. Urol. 03, VIII. Bd., 5. H.)

Der Nachteil des bisher gebrauchten Photographiercystoskopes bestand in der Unmöglichkeit, zu kontrollieren, ob das Objekt während der Aufnahme auch wirklich in der richtigen Einstellung geblieben war. Verf. hat daher an dem Cystoskoprohr einen Doppeltubus angebracht, der an dem einen Ende die photographische Platte, an dem anderen das gewöhnliche Okular trägt, durch welches das Bild während der Aufnahme beobachtet werden kann. Ein Doppelprisma an der Kreuzungsstelle der rechtwinklig zu einander stehenden Schenkel vermittelt die Spaltung der Lichtstrahlen. Durch Anbringung eines Okulars anstatt der Platte an dem zweiten Tubusende läfst sich das Instrument leicht in ein Demonstrationscystoskop verwandeln. (Das Prinzip des Doppeltubus, welches bereits Kutner und Köhler für ihr Demonstrationscystoskop angegeben haben [Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 03, H. 1], ist hier ohne wesentliche Veränderung mit Glück auch für ein Photographiercystoskop verwendet worden. Ref.) Hentschel-Dresden.

Notes sur l'éclairage endoscopique. Von Imbert. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin 1903, No 11.)

Verf. hat für endoskopische Zwecke einen Ersatz der mit mancherlei Unbequemlichkeiten verbundenen Akkumulatoren konstruieren lassen. Sein Apparat hat die Gröfse: $20 \times 14 \times 11$ cm und wiegt nur 2200 g. Er besteht aus neun kleinen, dichten Leclanché-Elementen und einem Rheostaten. Er liefert ungefähr elf Volt und etwas über ein Ampère, reicht somit für die Lampen des Nitzeschen Cystokops aus. Ein anderes Modell besteht aus zwölf Elementen und giebt über 15 Volt. Der Verbrauch ist sehr sparsam. Schlodtmann-Berlin.

Über Harnsegregatoren. Von R. Lichtenstern. (Wiener med. Presse 03, 13.)

Bei der Anwendung des Luysschen Segregators hat L. die Erfahrung gemacht, dafs die Einführung des Instrumentes beim Manne wegen physiologischer oder pathologischer Verhältnisse nicht immer möglich ist. Bei Frauen dagegen gelingt die Einführung sehr leicht und ohne Beschwerden für die Patientin. Die untersuchten Fälle betrafen durchweg einseitige Nierenerkrankungen. Nachprüfungen durch den Ure-

terenkatheterismus ergaben die Zuverlässigkeit der Methode. Cystoskopische Untersuchung der Blase ist vor der Segregation unbedingt erforderlich. Infolge der Leichtigkeit der Technik wird die Segregation des Harnes häufiger vorgenommen werden als der Ureterenkatheterismus. Letzterer kann nach der Ansicht L.s bei Frauen durch den Luysschen Segregator vollständig ersetzt werden. Hentschel-Dresden.

Über die Einteilung der Harnblase in zwei besondere Kammern behufs gesonderter Gewinnung von Harn aus beiden Nieren. Von Gorodischtsch. (Russki Wratsch 02, 49.)

Der Vortrag enthält die Beschreibung und Gebrauchsanweisung des von Cathelin angegebenen Harnblasendiviseurs. In der Diskussion wird dieses Instrument als ein Rückschritt bezeichnet im Vergleich zum Ureterenkatheterismus. Die durch den Diviseur gewonnene Harnmenge ist ungenügend. Aufserdem sind falsche Schlüsse möglich, da die Blase ohne grofse Schmerzen nicht vollständig geteilt werden kann.

Hentschel-Dresden.

La séparation de l'urine des deux reins. Von Dr. Rafin. (Le Lyon médical, 8. März 1903.)

Rafin veröffentlicht 12 selbst ausgeführte. in Lyon vorgenommene Untersuchungen ausführlich, reiht weitere 8 Fälle an und kommt zu dem Schlufs dafs die Ureterensondierung zweifellos vielfach durch Anwendung der Apparate von Downes, Cathelin oder Luys umgangen werden kann. Er bevorzugt im allgemeinen erstgenannten Apparat; seine minder günstigen Erfahrungen mit den beiden letztgenannten Apparaten wurden teils mit noch nicht vervollkommneten Ausgaben bezw. an Fällen gewonnen, die der Anwendung gröfsere Schwierigkeit boten.

Sedlmayr-Borna.

Über Harnsegregatoren. Von Lichtenstern. (Wiener med. Presse Nr. 18, 1903.)

Nach L. hat sich der Luyssche Segregator am besten bewährt. Derselbe besteht aus 2 Beniquéartig gebogenen Metallkathetern, welche fix miteinander verbunden sind und zwischen deren Konkavität eine Gummischeidewand durch eine Welle mit Trieb sich ausspannen läfst. Der Apparat ist durch Kochen sterilisierbar. Die Nachprüfung mittelst des Ureterenkatheters ergab die Verläfslichkeit dieser Methode, welche vorläufig allerdings nur bei Frauen durchgeführt wurde. Da die Technik sehr einfach ist, glaubt L., dafs man sich öfters zu dieser Art von Untersuchung entschliefsen wird, als zum komplizierteren, in manchen Fällen auch unmöglichen Ureterenkatheterismus. von Hofmann-Wien.

Des perfectionnements récents apportés au diviseur vésical gradué. Von Cathelin. (Annales des mal. des organ. gén.-urin. No. 2, 1903.)

Das erste Modell des Cathelinschen Apparates hatte verschiedene Mängel. Diese glaubt Verf. nunmehr durch verschiedene Modifikationen

beseitigt zu haben, so dafs es sich jetzt um ein Instrument von grofser Einfachheit und rascher Funktion handelt, das gegenüber andern Apparaten den grofsen Vorteil bietet, dafs der Urin sofort nach seinem Austreten aus dem Ureter drainiert wird, ohne zu stagnieren und sich möglicherweise mit dem Urin der andern Niere zu mischen.

Schlodtmann-Berlin.

Kann der Harnleiterkatheterismus durch Harnsegregatoren ersetzt werden? Von Dr. J. Cohn. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 16.)

Die vier Apparate, die in den letzten Jahren von Neumann, von Downes, von Luys und von Cathelin zum gesonderten Auffangen des von den beiden Nieren abgesonderten Urins konstruiert worden sind, sind in der Klinik und Poliklinik von Prof. Posner auf ihre Brauchbarkeit hin geprüft worden und hat sich dabei Folgendes ergeben: Das Einlegen des Neumannschen Instrumentes war jedesmal für die Patientinnen derart schmerzhaft, dafs von den Versuchen Abstand genommen werden mufste. Auch die Anwendung des Downesschen Segregators war, besonders beim Manne, zuweilen sehr schmerzhaft, die erzielten Resultate, verglichen mit den durch den Harnleiterkatheterismus erhaltenen, ergaben jedoch im allgemeinen die Brauchbarkeit des Instrumentes. Die Instrumente von Luys und Cathelin ergaben, abgesehen davon, dafs auch ihre Applikation zuweilen so schmerzhaft war, dafs der Versuch abgebrochen werden mufste, keine einwandsfreien Resultate, indem Methylenblaulösung, die in den einen Katheter eingespritzt wurde, nach einiger Zeit auch aus dem anderen Katheter herauslief, doch hält Verf. es für möglich, dafs fortgesetzte Übung und namentlich das Aussuchen geeigneter Fälle bessere Resultate hervorrufen könne; jedenfalls könne vorläufig der doppelseitig ausgeführte Harnleiterkatheterismus mit keiner der Methoden an Zuverlässigkeit verglichen werden.

Paul Cohn-Berlin.

Instrumentelles auf urologischem Gebiete. Von O. Beuttner. (Wiener med. Presse 02, 49.)

B. giebt einige neue Hilfsapparate für die Behandlung bei Erkrankungen der weiblichen Urogenitalorgane an. Ein 28 cm langer Stab dient zum Fassen und Auseinanderspreizen der grofsen Labien, die anderen zur Fixation der Kanüle bei Vaginalspülungen und des Katheters bei Blasenspülungen. Am Katheter sind anstatt der 2 Augen 40 rundliche Öffnungen angebracht.

Hentschel-Dresden.

Über eine neue Modifikation des Harnrezipienten bei permanenten suprapubischen Blasenfisteln. Von Dr. Dobrotworski-Moskau. (Archiv f. klin. Chirurgie 70. Bd., 3. H.)

Nachdem D. die Methoden behandelt, welche angewandt werden, um auf operativem Wege bei suprapubischen Blasenfisteln die Bildung eines künstlichen Sphinkters zu erzielen, unterzieht er die bekannten

Apparate (Obturatoren und Harnrezipienten), die in Frage kommen, sobald die Bildung eines künstlichen Sphinkters mifslungen oder die Blase selbst ein permanentes Abfliefsen des Urins notwendig macht, einer kurzen Besprechung.

Am Schlufs beschreibt der Autor einen von ihm selbst konstruierten Harnrezipienten, der sich ihm in der Praxis als sehr brauchbar erwiesen. Der Apparat besteht in der Hauptsache aus einer mit Guttapercha überzogenen Aluminiumschale von 8 cm Querdurchmesser und 3 cm Höhe, an deren Rande ein Reifen aus dünnwandigem Guttapercharöhrchen befestigt ist, welches mit Luft bis zu jedem beliebigen Elastizitätsgrade aufgeblasen werden kann. Dieser Reifen spielt die Hauptrolle. Die Schale wird oberhalb der Fistelöffnung befestigt und dient als Reservoir, in das der Harn aus der Blase hineinfliefst, der dann durch ein Abführungsrohr in den am Oberschenkel befestigten und mit einem Hahn versehenen Harnrezipienten (gleichfalls aus Gummi) weiterfliefst. An der Spitze der Schale ist, auf einem Scharnier beweglich, eine Federplatte mit vier Haken befestigt, an denen die Enden des um das Becken angelegten Gürtels befestigt werden. Am Gürtel sind an beiden Seiten zwei elastische Einlagen angebracht, und aufserdem werden um die Oberschenkel zwei Träger geführt, damit der Apparat sich nach oben nicht verschiebe. Die Schale wird somit an der Bauchwand durch elastischen Druck festgehalten, der sich aus der Wirkung des pneumatischen Reifens der federnden Platte und des elastischen Gürtels zusammensetzt. Dank dieser Verteilung der elastischen Kraft wird eine vollkommene Akkomodation des Apparates an die vordere Bauchwand, welche eine bewegliche Unterlage ist, erreicht.

Der Apparat wird 2—3 mal täglich gewaschen. Um den Apparat in Gebrauch zu nehmen, mufs erst die vollständige Umnarbung der Fistel abgewartet werden (3—4 Wochen). S. Jacoby-Berlin.

Über eine neue Verbindung des Anaesthesins (Dr. Ritsert) zur subkutanen Injektion „Subcutin" (Dr. Ritsert). Von Dr. Becker. Aus dem Frankfurter Krankenhaus, chir. Abt. des Prof. Rehm. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 20)

Das Subcutin, paraphenolsulfosaures Anaesthesin, ist ein weifses kristallinisches Pulver, in Wasser löslich, ebenso wenig wie das Anästhesin von schädlichen Allgemeinwirkungen für den Organismus. Zur subkutanen Injektion im Sinne Schleich'scher Infiltration wird es verwendet in der Lösung

Subcutin	1,0—0,8
Natr. chlor.	0,7
Aq. dest.	100,0

In dieser Lösung stellt das Subcutin einen vollkommenen und ungiftigen Ersatz für Kokaïn dar. Wir besitzen in dem neuen Mittel ein Anästhetikum, „das u. a. namentlich für Blasenspezialisten zur Cystoskopie als Ersatz des Kokaïns eintreten könnte, wo letzteres schon einige Male Ursache von Todesfällen war." Jesionek-München.

Demonstration und Vorlage des ersten deutschen Werkes in deutscher Sprache über Blasen- und Nierensteine von Georgius Bartisch 1575. Von Mankiewicz. (Manuskript.) (Berl. med. Gesellsch. 20. Febr. 03. Berl. klin. Wochenschr. 03, Nr. 24.)

Vorliegendes Buch des bekannten Dresdner Arztes Bartisch, der im 16. Jahrhundert lebte, und von dem ein wertvolles Lehrbuch der Augenkrankheiten längst bekannt ist, wurde im Jahre 1893 von dem Breslauer Ophthalmologen Hermann Cohn .in der Dresdner Hofbibliothek gefunden; es ist Manuskript, nie gedruckt worden, mit farbigen Zeichnungen der Instrumente, der Lagerung des Kranken und der Operation versehen. Es findet sich darin u. a. eine Beschreibung der vier verschiedenen Arten des Steins — weifs, gelb, rot, braunschwarz —, von dessen Ätiologie, bei welcher neben der Sünde und unzweckmäfsiger Ernährung die Komplexion der Niere und der Blase eine Rolle spielt. Es werden die Instrumente und die Operationsarten beschrieben, und zwar 1. die Operation auf dem Griff, d. h. die Incision direkt auf den vom Mastdarm mit zwei Fingern entgegengedrückten Stein; 2. die Operation auf dem Instrument, d. h. die Incision auf der nach links gedrückten kannelierten Sonde. — Übrigens ist Vortr. von anderer Seite darauf aufmerksam gemacht worden, dafs bereits aus dem Jahre 1543 ein von Ryff, Stadtarzt zu Mainz, in Strafsburg gedrucktes Buch über den Steinschnitt in deutscher Sprache existiert, welches M. in der Berliner königlichen Bibliothek gefunden hat und ebenfalls vorlegt; es ist jedoch bei weitem nicht so wertvoll, wie das Manuskript von Bartisch.

Paul Cohn-Berlin.

Spontanzertrümmerung eines Blasensteines. Von Görl. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 14.)

Über das Zustandekommen der spontanen Zerteilung von Harnsäuresteinen bestehen 3 Theorien: 1. Periphere Lagen von grofsen Steinen bröckeln ab, da sie nicht genügend vom Urin befeuchtet werden. 2. Die Berstung des Steines erfolgt durch Ausdehnung des Kernes oder der äufseren Schichten, sei es dafs eine rasche Änderung der Reaktion und chemischen Beschaffenheit des Harns die Quellung des Kernes bedinge oder dafs bei eventueller Zersetzung sich Kohlensäure bilde, welche den Stein sprenge. 3. Energische Blasenkontraktionen, z. B. im Anschlufs an traumatische Einwirkungen, zerdrücken den Stein.

Ärzte von Karlsbad und Vichy führen als Ursache der Selbstzerklüftung die veränderte Lebensweise an. Für diese Ansicht scheint G.s Beobachtung zu sprechen. Bei einem sehr fetten Manne konstatierte G. mittelst des Cystoskops am 3. IV. einen mit ganz leichten Höckern versehenen roten 2 zu 1 cm grofsen Stein. Nach einer mit Erfolg durchgeführten Entfettungskur ergab die cystoskopische Untersuchung am 25. VIII., dafs jetzt zwei etwas über erbsengrofse gleichmäfsig runde Steine vorhanden waren. Der eine davon ging am 17. IX., der andere am 24. X. ab; die Untersuchung am 4. XI. stellte fest, dafs die Blase von jeglicher Konkrementbildung frei war.

Die Ebsteins Vorschriften bei Fettsucht angepafsten diätetischen Mafsnahmen, in Verbindung mit täglicher Aufnahme von 2 Litern eines lithionhaltigen Mineralwassers, dürften eine völlige Umänderung des Urins veranlafst und damit den Gehalt des Steines an löslichen Bestandteilen geändert haben; eventuell wäre sogar daran zu denken, dafs mit der Auslaugung der Salze eine Quellung der organischen Einschlüsse des Steines stattgefunden habe. Jesionek-München.

Corps étranger de la vessie. Von Foisy. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1903, p. 71.)

Ein Mädchen hatte sich, um einen Abort herbeizuführen, einen 15 cm langen, 2 cm im Durchmesser messenden Gummischlauch eingeführt. Mittelst der Guyonschen Steinsonde und Druckes eines Fingers von der Vagina aus gelang es unter Rachikokaïnisation, den Fremdkörper vollständig aus der Blase zu entfernen und die Cystitis durch Höllensteinspülungen zu heilen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase. Von Margulis. (Russki Wratsch 02, 51.)

Bei einem hysterischen Mädchen konnte cystoskopisch ein Bleistift in der Harnblase nachgewiesen werden, den sie wegen eines heftigen Pruritus vulvae angewendet hatte und der ihr bei diesen Manipulationen plötzlich entschlüpft war. Extraktionsversuche mittelst des Lithotriptors mifslangen, weil immer nur die Mitte des Stiftes gefafst wurde. Deshalb ging M. nach vorheriger Dilatation der Urethra mit dem Finger in die Blase ein und entfernte dann den Fremdkörper ohne besondere Mühe.

Hentschel-Dresden.

Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Harnblase. (Ärztliche Centralzeitung Wien.)

Dr. M. [illegible]irsch berichtet über einen vieljährigen Gonorrhoiker, der nach allen denkbaren Methoden behandelt worden war und schliefslich an Erscheinungen litt, welche eine Cystokopie veranlafsten. Diagnose: bohnengrofser, an einem dünnen Stiel sitzender beweglicher Körper. Die Sectio alta ergab: drei bohnengrofse Bröckel — keinen Tumor, keinen Stiel. Die mikroskopische Untersuchung liefs zweifellos macerierte Koniferenreste feststellen und vermutet H., dafs es sich um abgelöste Faserchen von Papiermaché- oder Fichtenholzkatheter handelt.

Sedlmayr-Borna.

Vesical calculi. Von R. Jones. (Brit. Med. Journ. June 13, 1903.)

Der eine Blasenstein, welcher einem Manne durch Sectio alta entfernt wurde, wog circa 100 Gramm. Der andere stammt von einer Frau und wurde mittelst Vaginalschnittes entfernt. Sein Gewicht betrug circa 30 Gramm. Beide sind in natürlicher Gröfse abgebildet.

von Hofmann-Wien.

Case of suprapubic lithotomy: asphyxia under chloroform: recovery. Von E. E. Bourke. (Brit. Med. Journ. June 20, 1903.)

Der Patient wurde nach Eröffnung der Blase plötzlich asphyktisch und konnte durch künstliche Atmung, Faradisation des Herzens u. s. w. erst nach 40 Minuten zu sich gebracht werden, worauf die Operation beendet wurde. Heilung. von Hofmann-Wien.

Calcul vésical. Von Monod. (Soc. de chir., 18. Febr. 1903.)

Durch Sectio alta wurde ein hühnereigrofser Stein entfernt, der sich um einen Seidenfaden als Kern gebildet hatte. Der Faden stammte von einer vor 1 Jahre ausgeführten Radikaloperation einer Hernie, wobei die Blasenwand mitgenäht wurde. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Stone in the bladder and hypertrophy of the prostate. Von McLaren. (St. Paul Med. Journ. May 1903.)

Mac L. ist ein Anhänger der perinealen Lithotripsie, da die Gefahr dieses Eingriffs geringer sei, als bei anderen blutigen Operationen. Aufserdem werde der Stein rascher und gründlicher zertrümmert, da man gröfsere Instrumente benutzen könne. Schliefslich könne von der Perinealwunde aus auch die Prostatektomie vorgenommen werden, was bei dem häufigen Zusammentreffen von Prostatahypertrophie und Blasensteinen von grofser Wichtigkeit sei. von Hofmann-Wien.

Die suprapubische Cystotomose nach Witzel und ihre jetzige vereinfachte Technik. Von Dr. Friedrich Wenzel. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 13.)

Bei der Gastrotomie hatte Witzel bekanntlich, um die Dichtigkeit des Verschlusses herbeizuführen, zuerst eine Schrägfistel angelegt und hat diese Methode auch für die Anlegung von Fisteln bei anderen Hohlorganen empfohlen. Sie ist von ihm selbst und anderen Operateuren in der Folge dann auch bei der Anlegung von Blasenfisteln vielfach ausgeführt worden. Neuerdings ist diese Methode, die immerhin einen gröfseren Eingriff darstellt, so vereinfacht worden, dafs sie bequem von jedem Arzt ausgeführt werden kann. Notwendig ist ein $31^1/_2$ cm langer flach gekrümmter Trokar, ein entsprechend weiter Nélaton, der die Trokarkanüle hermetisch verschliefst, der Handgriff mufs $8^1/_2$ cm lang sein, auf die Kanüle kommen $20^1/_2$ cm, die Kanülenspitze überragt den Trokar um $2^1/_2$ cm, der Durchmesser der Kanüle beträgt 8 mm, zu dem ein Nélaton Nr. 14 genau pafst. Unter Lokalanästhesie wird bei voller (Retention) oder vorher mit Borsäurelösung angefüllter Blase etwas unter Nabelhöhe 3—4 Querfinger breit von der Mittellinie entfernt eine kleine Incision durch die Haut und vordere Rectusscheide gemacht, dann der Trokar innerhalb der Muskulatur schräg nach unten und abwärts bis zur Symphyse vorgeschoben und dann unter leichtem Erheben des Trokargriffes der Einstich in die Blase gemacht, der Stachel zurückgezogen und dann der Nélaton in die Blase eingeschoben, über dem Nélaton wird die Kanüle zurückgezogen, der Nélaton durch eine Hautnaht befestigt und mit den

üblichen Kautelen in ein Gefäſs mit antiseptischer Lösung hineingeleitet. Es kommt sehr bald zur Bildung eines Kanals, der von dem Nélaton vollkommen dicht ausgefüllt wird. Nach 6 Tagen kann man bereits beginnen, den Nélaton einige Stunden zu verschlieſsen. Nach Bedarf können Spülungen gemacht werden, später wird der Nélaton alle 14 Tage vom Arzt gewechselt. Die Methode hat sich bisher in allen Fällen bewährt, die Indikationen sind dieselben wie bei der Punktion oder Anlegung einer Blasenfistel. Ludwig Manasse-Berlin.

Perineale Cystotomie. Von G. Österreicher. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23, 1903.)

G. demonstrierte in der Wiener Gesellsch. d. Ärzte einen 30-jährigen Patienten, welchem Frank einen Blasenstein durch perineale Cystotomie entfernt hatte. Es wurde nach Ablösung des Mastdarms von der Prostata mittelst des Zuckerkandlschen Schnittes im Septum stumpf vorgegangen, bis die Samenbläschen und die Douglassche Falte bloſslagen, dann oberhalb der Prostata zwischen den Samenbläschen die Blase median gespalten, der Stein extrahiert, die Wunde mit Jodoformgazestreifen tamponiert und ein Verweilkatheter eingelegt. Heilung. Ö. empfiehlt die perineale Methode der Cystotomie, da dieselbe ungefährlicher sei als die Sectio alta, und das Krankenlager ein kürzeres, die Nachbehandlung eine einfachere sei. von Hofmann-Wien.

2 Fälle von Steinoperation. Von S. Borbély. (Ärztl. naturwissenschaftl. Sekt. d. Siebenbürg. Museum-Vereins, 28. Nov. 1902.)

Bei dem 1. Patienten, einem 11jährigen Knaben, seit $1^1/_2$ Jahren leidend, handelte es sich um einen Oxalatstein von 16 cm Umfang und 82 g Gewicht, zu dessen Entfernung die Blase in der Längs- und in der Querrichtung gespalten werden muſste. 17 Tage post operationem prolabierte die hintere Blasenwand durch die Wunde hindurch. Auffrischung der Blasenwunde und sekundäre Naht. Erst nach etwa 5 Monaten und nach wiederholten Kauterisationen der Blasenwunde erfolgte vollständige Heilung.

Im 2. Falle handelte es sich um einen cystoskopisch nachgewiesenen 120 g schweren Uratstein bei einem 46jährigen Manne. Die Extraktion ist auch hier sehr schwierig, und während der Extraktion springen vom Mutterstein thalergroſse Konkremente ab, Phosphatablagerungen. Cystopexie, Naht. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Resultate des hohen Steinschnittes. Von Dr. Wieting, Oberarzt, und Dr. Niko Cassape Effendi, Assistenzarzt. (Aus dem kais.-ottoman. Hospital Gülhane zu Konstantinopel.) (Arch. f. klin. Chirurgie 70. Bd., H. 2.)

Die Autoren geben aus rein äuſseren Gründen der Sectio alta den Vorzug vor der Lithotripsie und der Sectio mediana; sie lassen sich auf eine spezialisierte Indikationsstellung nicht ein.

An 44 Fällen wurden 47 Operationen vollzogen und zwar 45mal die Sectio alta, 2mal die Sectio perinealis med.; 42mal wurde

die Blase primär durch die Naht geschlossen, davon 7 mal ohne Erfolg; 3 mal wurde die Blase offen gelassen, und zwar dann, wenn eine schwere Cystitis oder Nierenkomplikation bestand.

Die Gröfse der Steine variierte von $^1/_2$—6 cm Durchmesser; die weitaus gröfste Anzahl waren Phosphatsteine. Ein grofser Prozentsatz der Blasensteine fällt auf das jugendliche Alter.

S. Jacoby-Berlin.

Bericht über 292 Blasensteinoperationen. Von Dr. Joh. Dsirne (Samara-Rufsland). (Arch. f. klin. Chir. 70. Bd., I. Heft.)

Von den 292 Steinoperationen entfallen 287 auf männliche, 5 auf weibliche Individuen; 13 mal kam Steineinklemmung in der Harnröhre zur Beobachtung und zwar ausschliefslich bei Knaben. Der jüngste Operierte stand im zehnten Lebensmonate, während der älteste Patient 66 Jahre zählte.

In die Augen fallend ist das bedeutende numerische Übergewicht der harnsauren Steine: 42,53 %. Die gröfsten Exemplare zeigten sich unter den Phosphaten, in zweiter Linie unter den harnsauren Steinen; das höchste Einzelgewicht wies ein Stein von oxalsaurem Kalk auf (160,0).

Autor läfst als Operationsmethoden für die Entfernung von Blasensteinen nur die Sectio mediana und Sectio alta gelten. Vermittels Sectio mediana wurden 186 Patienten behandelt; 71 mal wurde vorher der Stein lithotripsiert (Lithotripsia mediana), mit 2 Todesfällen, während bei den unzertrümmert durch die Wunde entfernten Steinen auf 115 Operierte 8 Todesfälle kommen. Bei normal reagierendem Harn und unveränderter Blasenschleimhaut wurde die Primärnaht der Dammwunde ausgeführt und keinerlei Drainage angewendet; zeigte hingegen der Urin pathologische Beimengungen und wies die Blasenwand Veränderungen auf, so wurde auch die Perinealwunde durch Naht ganz geschlossen, aber für die Dauer von 4—5 Tagen wurde ein Nélatonkatheter in die Blase eingeführt. Bei Kindern unter 12 Jahren wendet D. die Sectio mediana nicht an, weil eine Läsion des Sphinkters zu fürchten ist, sondern nur die Sectio alta. Ferner verbietet sich der Medianschnitt, wenn sich in der Pars prostatica und membranacea undehnbare, narbige Strikturen vorfinden, und endlich, wenn es sich um sehr grofse und ungemein harte Steine handelt.

Die Sectio alta wurde 105 mal ausgeführt; 3 Todesfälle waren zu verzeichnen.

Verf. ist prinzipieller Gegner der Lithotripsie. Die Gründe, die gegen die Lithotripsie angeführt werden, sind in keiner Weise stichhaltig und zeigen nur, dafs Autor kein Freund der Kystoskopie ist.

S. Jacoby-Berlin.

Experimentelle Beiträge zur Chirurgie der Harnblase. Von I. Nagano. (Beitr. z. klin. Chir. 38. Bd., 1903, S. 445.)

v. Mikulicz hat zweimal mit gutem Erfolg einen Blasendefekt durch Darmwand ersetzt. N. hat nun diese Operation an 3 Hunden,

wovon einer 7 Monate lang am Leben gelassen wurde, studiert. Bei diesem Hunde wurde ein 12 cm langes Stück vom unteren Teil des Ileums ausgeschaltet, das eine Ende dieses Darmstücks geschlossen und das andere in einem künstlich geschaffenen kreisförmigen Defekt aus dem Blasenscheitel von 5 cm Durchmesser eingenäht. Bei den beiden anderen Hunden wurde zweizeitig operiert, und zwar wurde zuerst das offene Darmende nach der Methode von Thiry in die vordere Bauchwand eingenäht, dann einige Wochen später losgelöst und in den künstlichen Blasendefekt eingenäht. Diese Hunde wurden nach 2—3 Monaten getötet. Die Resultate sind nun folgende: An der Vereinigungsstelle von Harnblase und Darm findet allmählich eine Wucherung von Blasenepithel statt, und dieses geht auf die Darmschleimhaut über. Das Plattenepithel wächst sogar in die Drüsenschläuche und verdrängt schliefslich das Cylinderepithel ganz. Die Muskulatur der Blase wird an der Verbindungsstelle der beiden Schleimhäute hypertrophisch. Wie Verf. durch Verdauungsversuche mit einem transplantierten Darmstückchen vom 1. Hunde an einer 2 %igen Rohrzuckerlösung nachwies, ist die Digestionskraft nicht verloren gegangen, wohl aber stark geschädigt. Die Seidennähte waren stark inkrustiert, weshalb sich wohl Katgut empfiehlt. Bei den zweizeitig Operierten trat nur ein leichter, rasch vorübergehender Blasenkatarrh, bei dem einzeitig Operierten dagegen eine starke, durch nichts zu beseitigende Cystitis auf.

Versuche N.s, die Ureteren in den Dünndarm einzupflanzen, verliefen ungünstig, da die Tiere nach wenigen Tagen eingingen.

Henle hat ferner den Dünndarm 50—60 cm oberhalb der Valv. Bauhinii durchtrennt, den abführenden Teil mit der Blase, den oberen zuführenden mit dem Ileum dicht über der Valv. Bauh. in Verbindung gebracht, so dafs das lange Darmstück zwischen Blase und Einmündung des kotführenden Dünndarmabschnittes von der Kotpassage abgeschlossen ist und ausschliefslich als Urethra dient. Aber die Tiere gingen auch hier bald infolge Infektion der Blase und der Nieren zu grunde.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Methoden der operativen Behandlung und über die erzielten Resultate in den Fällen von Vesiko-Vaginalfisteln aus der Gebäranstalt und dem klinischen Institut zu Petersburg. Von Ternowski. (Russki Wratsch 02, 42.)

Unter 71 Fällen von Fisteln der Urogenitalorgane, welche von 1885—1902 bei einer Gesamtzahl von 4090 Kranken in den genannten Anstalten beobachtet wurden, waren 68 durch vorangegangene Geburt entstanden. Die Vesiko-Vaginalfisteln bilden mit 35 Fällen die Mehrzahl, dann folgen die Rekto-Vaginalfisteln mit 10 Fällen. In 90 % aller Fisteloperationen trat Heilung ein. Hentschel-Dresden.

Blasen-Scheidenfistel. (Mois thérapeutique No. 3, 4. Jahrg.)

M. Walther berichtet von einer radikalen Heilung. Im Verlaufe einer Bauchfellentzündung infolge von Adnexerkrankungen, gelang es W.,

bei einem dritten operativen Eingriff die Blase vollständig vom Darme abzulösen und zwei grofse Fisteln, nach dem Dick- und nach dem Dünndarm zu, blofszulegen. Letztere, welche zu grofs war, wurde von oben nach unten eingestülpt. Vollständige Heilung. In der Diskussion betont Terrier, dafs er daraus folgere, die Hauptsache sei, oberhalb der kranken Stellen einen künstlichen After anzulegen, um eine relative Asepsis für das Operationsfeld und dadurch eine Herabsetzung der Infektionsgefahr zu schaffen. Sedlmayr-Borna.

Relief of bladder symptoms by treatment of the uterus and vice versa. Von H. S. Crossen. (St. Louis Courier of Med. June 1903.)

1. 34jährige Patientin mit seit 6 Jahren bestehenden hartnäckigen Blasenbeschwerden. Heilung nach Operation einer Retroversio uteri.

2. 35jährige Patientin mit Incontinentia urinae infolge Zerstörung der Harnröhre durch syphilitische Ulceration. Die Plastik gelang erst, nachdem der retrovertierte Uterus reponiert worden war.

3. 20jährige Patientin mit Menstruationsstörungen, Leukorrhoe, Kreuzschmerzen, Schmerzen beim Coitus, Urinbeschwerden. Heilung nach Beseitigung der chronischen Cystitis durch Blasenspülungen mit 3 % Borsäure. von Hofmann-Wien.

Un cas de vomique d'origine rétro-vésicale. Von Legrain. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 11.)

Es handelte sich um einen retrovesikalen Abscefs, der sich intermittierend in die Blase entleerte, mit welcher er kommunizierte. Eines Tages wurde plötzlich 1 Liter gelblichgrünen Eiters im Anschlufs an einen Hustenanfall expektoriert. 4 Tage lang hielt der eitrige Auswurf an, während welcher Zeit man über der linken Lunge mucöse Rasselgeräuche hörte; der Urin blieb klar; $^1/_2$ und 1 Jahr später traten wieder Entleerungen des Eiters in die Blase auf. Eine genaue Diagnose über Art und Ursprung des Abscesses konnte nicht gestellt werden. Bekannt sind Fälle, in denen bei Nierenaffektionen, bei Echinococcus der Niere, bei Pyonephrose und perinephritischen Abscessen ein Durchbruch des Eiters in die Lunge erfolgte, unbekannt aber war bisher eine Beobachtung einer retrovesikalen Eiteransammlung, die mit Entleerung in einen Bronchus endete. Schlodtmann-Berlin.

Anuria isterica. Von Grenier. (Journ. de méd. de Bordeaux 02, 34.)

Bei einem 24jährigen schwer hysterischen Mädchen blieb der Urin 2 Tage, dann 4, 6, 8 und 15 Tage aus, wobei Erbrechen, Diarrhöen, Schweifsausbrüche und Salivation, jedoch keine Urämie auftraten. Die angewendeten Mittel wirkten immer nur einmal, aufser Methylenblau. Während dieser Perioden von Anurie ergab die Untersuchung der Kranken stets eine leere Blase. Hentschel-Dresden.

Eine verbesserte Methode zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Harn. Von Dr. Olof Hson Forssell, Stockholm. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 66. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Die Methode des Verf. gründet sich auf den Gedanken, dafs man

viel gröfsere Aussichten haben mufs, ein positives Resultat zu erzielen, wenn es gelingt, alle in gröfseren Harnmengen befindlichen Tuberkelbazillen auf ein sehr begrenztes Gebiet zu konzentrieren, als wenn man, wie es bisher der Fall gewesen, nur geringe Harnmengen untersucht. In der Harnmenge, die im Laufe von z. B. 12 Stunden abgesondert wird, mufs die Anzahl der Tuberkelbazillen gröfser sein, als in einer während einer oder zwei Stunden abgesonderten Menge und es läfst sich leicht denken, dafs während mancher Stunde gar keine Tuberkelbazillen im Harn vorkommen. Indem Autor ungefähr 1000 cbcm Harn 24 Stunden lang in einem von ihm besonders konstruierten Apparat sedimentieren liefs und darauf die untersten Schichten des erhaltenen Bodensatzes centrifugierte, ist es ihm gelungen, die grofse Mehrzahl der in obengenannter Harnmenge befindlichen Tuberkelbazillen auf dem Boden nur einer oder einiger Centrifugenröhrchen zu konzentrieren, so dafs wenige Deckglaspräparate, oft nur ein einziges, die Diagnose entschieden.

Der Apparat besteht aus einem 1100 ccm haltenden Glascylinder von 40 cm Länge und 6 cm Diameter, der am Ende ganz plötzlich sich zu einer 6 cm langen Röhre von 1 Diameter verengert, in die ein Hahn eingeschliffen ist, dessen Öffnung genau mit dem Diameter der Röhre übereinstimmt. Durch einen um eine Ausbiegung des Glases am oberen offenen Ende des Cylinders befestigten Stahldraht wird der Apparat perpendikulär aufgehängt. Nach 24 Stunden findet sich ein Bodensatz dicht oberhalb der Hahnöffnung vor. Durch Umdrehen des Hahnes werden nun die untersten Lager des Bodensatzes in zwei Centrifugenröhrchen abgefüllt. Beim Centrifugieren mit einer Dampfcentrifuge hat Autor im allgemeinen eine Schnelligkeit von 7000—8000 Drehungen in der Minute angewandt, wodurch er in allen Fällen nach 15—20 Minuten fast sämtliche Tuberkelbazillen in die Spitze der ersten Centrifugenröhrchen gesammelt erhielt.

In Fällen, wo der Bodensatz schleimig ist, mufs vor der Centrifugierung der Schleim, in dem die Tuberkelbazillen konzentriert liegen, eliminiert werden, indem der Harn oberhalb des Bodensatzes abpipettiert und hierauf dem schleimigen Bodensatz die mehrfache Menge einer Borsäureboraxlösung (12 %) oder einer Sodalösung (5 %) beigemischt wird. Durch energisches Umschütteln verschwindet der Schleim, worauf die so erhaltene Mischung 24 Stunden lang im Apparate sedimentieren mufs.

Autor geht auch ausführlich auf die Unterscheidungsmöglichkeit der Tuberkel- und Smegmabazillen ein; seiner Erfahrung nach existiert ein deutlicher und konstanter morphologischer Unterschied zwischen Tuberkel- und Smegmabazillen im Harn. Die ersteren kommen nämlich am häufigsten in Gruppen von 2—3 und mehr Individuen vor, die immer parallel und dicht aneinander geordnet sind, gleichsam aneinander festgeklebt. Die Smegmabazillen kommen zwar im Harn in gröfseren und kleineren Gruppen vor, am häufigsten auf epithelioiden Zellen die einzelnen Individuen aber sind stets völlig voneinander getrennt und unregelmäfsig gruppiert.

Ob eine Unterscheidung im Harn durch Kulturen möglich ist, ist eine noch ungelöste Frage. S. Jacoby-Berlin.

Über die Ausbreitung und Entstehungsweise der männlichen Urogenitaltuberkulose. Von Dr. C. Kraemer. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 69. Bd., 2.—4. H.)

Nachdem K. die Gesetzmäfsigkeit der Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose mit dem natürlichen Sekretstrom beim Tiere experimentell bewiesen, und nachdem er dargethan, dafs kein Gegengrund die Übertragbarkeit des Tierexperiments auf die menschliche Pathologie unzulässig erscheinen läfst, resultiert als natürliches Postulat, dafs auch die Urogenitaltuberkulose des Mannes und zum Teil des Weibes unter diesen Gesetzen steht.

Was die Entstehung der Nieren- und Hodentuberkulose anbetrifft, so kann sie stattfinden auf dem Blutwege oder durch kongenitale Infektion. Bei der Hodentuberkulose kann auch der Lymphweg in Betracht kommen. Die Latenz der Tuberkulose spielt besonders bei der Hodentuberkulose eine weit gröfsere Rolle, als man seither glaubte.

Nach K. giebt es sicher eine Ausscheidungstuberkulose durch die Niere.

Die Fortleitung einer von aufsen (Coitus) acquirierten Tuberkulose auf dem Schleimhautwege zu Nieren und Hoden erledigt sich mit dem Wegfall der Ausbreitung gegen den Sekretstrom.

Nach K. würde sich der Gang der tuberkulösen Erkrankung in den einzelnen Organen des Harn- und Geschlechtsapparates folgendermafsen gestalten:

1. Eine einseitige Nierentuberkulose wird meist hämatogen entstanden sein, sogar die Lokalisation der Krankheit im Nierenbecken schliefst diesen Infektionsweg nicht aus. Die Tuberkulose greift weiter auf den gleichseitigen Ureter, auf die Blase — auch ohne Ureteraffektion — auf Prostata und Urethra. Eine direkte Fortsetzung zur anderen Niere oder zu den Hoden ist nicht möglich.

2. Erkrankt die zweite Niere ebenfalls tuberkulös, früher oder später, so ist sie auch hämatogen ergriffen, wenn nicht schon eine kongenitale Affektion vorlag.

3. Eine einseitige Hodentuberkulose ist kongenital oder hämatogen entstanden, vielleicht im Kindesalter vom Peritoneum aus, und ist oft lange latent. Die Krankheit kann sich vom Nebenhoden einerseits zum Haupthoden, andererseits auf das Vas def. der erkrankten Seite, auf die Samenblase, Prostata, eventuell zur Harnblase und auf die Urethra verbreiten. Eine Propagation auf dem Schleimhautwege zum zweiten Hoden oder zu den Nieren findet nicht statt.

4. Die Tuberkulose des zweiten Hodens entsteht auf dieselbe Weise, oder sie kann vielleicht direkt von der einen Seite aus auf dem Lymphwege entstanden sein.

5. Tuberkulöse Erkrankungen von Samenblase, Prostata und Harnblase sind fast stets auf sekundärem Wege von Nieren und Hoden aus entstanden, möglicherweise ohne Erkrankung dieser Organe. Oder sie sind selbständig, kongenital oder hämatogen, befallen. Der tuberkulöse Prozefs kann sich von hier aus weder in den Vasa deferentia zu den Hoden, noch in den Ureteren zu den Nieren fortsetzen.

6. Für die kombinierten Formen der Urogenitaltuberkulose, in beliebiger Variation, gelten dieselben Gesetze. Entweder bestand die Erkrankung da und dort schon vorher in latentem Zustande, oder die Organe wurden im Verlaufe der Krankheit hämatogen, lymphogen, oder, wenn stromabwärts gelegen, von dem die Krankheitserreger mit sich fortführenden Sekretstrom infiziert. Die kongenitale Tuberkulose dürfte hier eine gröfsere Rolle spielen, als man gemeinhin annimmt.

S. Jacoby-Berlin.

Die Tuberkulose der Harnblase und ihre Behandlung. Von L. Casper. (Die deutsche Klinik 02, 52. Lief.)

Die Blasentuberkulose tritt in der Mehrzahl der Fälle sekundär auf bei primärer Tuberkulose der Lungen, Nieren und Genitalien. Gonorrhoe und Trauma jedoch können bei belasteten Individuen auch primäre Blasentuberkulose verursachen. Eine direkte Infektion durch Kohabitation wäre nicht unmöglich, ist bisher aber nicht festgestellt. Diese Blasenerkrankung ist charakterisiert durch kleine graue Knötchen in der Wand, die konfluieren, in der Mitte zerfallen und flache bis dreimarkstückgrofse Geschwüre bilden. Vorwiegender Sitz ist das Trigonum Lieutandii. Für die Cystitis tuberculosa, die sich gewöhnlich aus der Blasentuberkulose entwickelt, ist der Nachweis von Tb-Bazillen im Harn ausschlaggebend, der in ca. 80% der Fälle gelingt. Wichtig dabei ist die Differenzierung von den Smegmabazillen. Die Cystoskopie ist sehr schmerzhaft und ergiebt im allgemeinen keine spezifischen Bilder, eher läfst sich aus der Lokalisation ein Schlufs ziehen hinsichtlich primärer oder sekundärer Erkrankung.

Was die Therapie anbetrifft, so wirkt die übliche Cystitistherapie gar nicht oder sogar verschlimmernd. Die einzuspritzende Menge betrage höchstens 50 ccm. Als wirksam sind zu empfehlen 20% Milchsäure und Sublimat $^1/_{10000}$ bis $^1/_{1000}$, 1 bis 2 Instillationen wöchentlich. Beide Medikamente haben ein schmerzhaftes Reaktionsstadium zur Folge. Eine intravesikale Lokalbehandlung ist ganz zu verwerfen. Operative Eingriffe bieten nur Aussicht auf Erfolg, wenn es sich nur um einzelne umschriebene Erkrankungsherde handelt. Im übrigen ist eine roborierende und symptomatische Behandlung indiziert, wobei besonders Morphium und Belladonna von grofsem Nutzen sind. Hentschel-Dresden.

Ein Fall von Heilung bei sicher nachgewiesener schwerer Nieren- und Blasentuberkulose. Von Arthur Lewin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 10, Vereinsb.)

Lewin stellte im Verein für innere Medizin eine Patientin vor, bei der fünf Jahre vorher sicher Tuberkulose der rechten Niere und der Blase sowohl mikroskopisch als auch cystoskopisch nachgewiesen war und bei der im klinischen Sinne wenigstens eine Heilung eingetreten war. Es handelte sich s. Z. um die Frage eines chirurgischen Eingriffs. Die Patientin wurde zur Beobachtung auf 6 Wochen ins jüdische Krankenhaus aufgenommen, Israel lehnte aber eine Operation ab, weil eine

Beteiligung der zweiten Niere vorlag und weil der Eiweifsgehalt des Urins sehr hoch war. Bei einem vorwiegend diätetischen Regime, Spülungen der Blase mit Sublaminlösungen, Instillationen von Jodoform-Guajakol kam es zu einer Ausheilung der Ulcerationen in der Blase, der Eiweifsgehalt verschwand nahezu ganz, Patientin nahm an Körpergewicht auffallend zu und konnte den Urin bereits zwei Stunden halten. Die Tuberkelbazillen waren aus dem Urin verschwunden.

Ludwig Manasse-Berlin.

Tuberkulöse Cystitis. Von A. Montford. (La Sem. Méd. 1902, 10. Dez.)

Zur Behandlung der tuberkulösen Cystitis empfiehlt M. Spülungen mit Salzwasser und Injektionen eines Jodoform und Guajakol enthaltenden Öles. Zur Spülung verwendet er eine physiologische Kochsalzlösung und läfst einen Teil möglichst lange in der Blase zurück. Abwechselnd mit diesen Spülungen werden Injektionen von Olivenöl, das 5 % Guajakol und 1—2 % Jodoform enthält, gemacht. Schmerz, Blutung, überhaupt alle Symptome, sollen unter dieser Behandlung rasch schwinden, oder sich wenigstens stark vermindern.

Dreysel-Leipzig.

Über Blasentuberkulose. Von V. Bandler. (Prag. med. Wochenschr. Nr. 21, 1903.)

Der 21jährige Patient erkrankte unter leichten Blasenbeschwerden (Brennen beim Urinieren, Harndrang). Der Urin war leicht getrübt, im Sedimente waren Tuberkelbazillen nachweisbar. Die Harnbeschwerden nahmen zu und steigerten sich schliefslich so, dafs nur durch sehr grofse Morphindosen einigermafsen Erleichterung geschaffen werden konnte. Gleichzeitig zeigten sich Symptome von Aufsteigen der Erkrankung in die linke Nierengegend. Es wurde als Palliativoperation die Sectio alta vorgenommen, und man fand die Blase auf das Lumen einer Zitrone geschrumpft, ihre Muskulatur kolossal verdickt. Der Blasenscheitel, die Blasenrückwand und die linke Seite der Blase waren durch Ulcerationen zerstört. Drainage der Blase. Daraufhin bedeutende Besserung, so dafs der Patient ½ Jahr nach der Operation wieder ziemlich hergestellt war. Jetzt, 3 Jahre nach der Operation, ist der Patient gesund, nur mufs die Blasenfistel offen gehalten werden, da sonst Schmerzen auftreten.

von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Kasuistik der ascendierenden Tuberkulose der Harnorgane. Von Dr. Abramow. (Chirurgia 1902, Bd. 11, H. 69.)

Ein 45jähriger Patient starb unter den Erscheinungen von Phthisis pulmonum. Aufser einer frischen Miliartuberkulose der Lungen und der Bronchialdrüsen ergab die Sektion eine Tuberkulose des rechten Hodens, der Prostata, der Harnblase, des linken Ureters und der linken Niere, und zwar fanden sich in Niere und Hoden alte verkäste Herde im Gegensatz zu den frischen Herden in den Lungen. Es kommen daher nur Niere und Hoden für die primäre Lokalisation der Erkrankung in

Betracht, und von diesen beiden Organen mufs nach dem ganzen Eindruck des Befundes der Hoden als Ausgangspunkt angenommen und somit die Tuberkulose als eine ascendierende angesehen werden.

Hentschel-Dresden.

Operative Intervention bei Blasengeschwülsten. Von Fjodorow. (Russki Wratsch 1903, No. 6.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Von 32 Fällen von Blasentumoren, die F. in seiner Moskauer Praxis beobachtete, wurden 10 palliativ behandelt, da Operation aussichtslos war, 22 wurden operiert, und zwar wurden exstirpiert 12 maligne und 5 benigne Tumoren. In 5 Fällen wurde oberhalb der Symphyse eine Fistel angelegt. Von den 12 wegen maligner Geschwülste radikal operierten Patienten starb ein 65jähriger Mann am 5. Tage, ein Patient an einem Recidiv 2 Jahre 7 Monate nach der Operation. Die übrigen 10 Operierten sind ohne Recidiv seit einigen Monaten bis über 3 Jahre. Die Exstirpation im Gesunden durch Sectio alta, bei Frauen auch von der vorher erweiterten Urethra aus, betrachtet Verf. als die radikalste Operation. Die sog. intravesikalen Operationen sind meist unzureichend und machen doch früher oder später die Sectio alta notwendig. Die Cystoskopie ist wichtig nicht nur zur Diagnosenstellung, sondern auch bei der Wahl der Operation. Bei palliativer Behandlung verordnet F. innerlich Hydrastis canad. in grofsen Dosen und Blasenspülungen mit Höllenstein gegen Blutungen, und Ausspülungen mit 5 % Antipyrinlösung gegen die Schmerzen.

Hentschel-Dresden.

Über Einschlüsse in Blasentumoren. Von L. Michaëlis und C. Gutmann. (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 47, 3 u. 4.)

In drei Fällen ergab die Sektion als zufälligen Befund multiple, vom Epithel der Blasen- bezw. Ureteren- bezw. Nierenbeckenschleimhaut ausgehende Tumoren, in denen die Verf. eigenartige Einschüsse in Gestalt lichtbrechender Kugeln oder konzentrischer Ringe oder eines Ringes mit punktförmigem Zentrum von 1—10 μ Gröfse fanden. Färbungsversuche zeigten, dafs sie Eisen in ziemlich fester organischer Verbindung enthielten und nicht aus Pigment bestanden. Über das Wesen dieser Gebilde haben die Verf. noch keine bestimmte Ansicht.

Hentschel-Dresden.

Ein Fall von tödlicher Luftembolie von der Blase aus. Von Sick. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 11, Vereinsbeil.)

Ein 60jähriger Patient leidet an Blutungen infolge Blasenkarzinom. Bei einem Versuch, die Blase mit Luft auszudehnen, kommt es zu einem plötzlichen Exitus. Bei der Sektion findet sich das rechte Herz prall mit Luft gefüllt. Offenbar war der Nélaton in ein offenes Gefäfslumen des Karzinoms hineingeraten, und von hier war durch die Cava inferior die Luft in das rechte Herz eingedrungen. Die Blase selbst war intakt, die Blasenwand zeigte kein Emphysem, ebenso wies der Bauchraum keine freie Luft auf.

Ludwig Manasse-Berlin.

Entfernung eines Blasenpapilloms mittelst perinealer Methode der Mastdarmablösung nach Zuckerkandl. Von Frank. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 20, 1903.)

F. stellte in der Wiener Gesellsch. d. Ärzte einen 63jährigen Patienten vor, welchem er ein an der rechten Uretermündung sitzendes Papillom von einem queren Perinealschnitt aus nach Ablösung des Mastdarms entfernt hatte. Die Wundheilung verlief normal. Als Hauptvorteile dieser Methode betrachtet F. die aufserordentliche Vereinfachung der Nachbehandlung, die geringen Beschwerden der Patienten, die wesentlich kürzere Heilungsdauer, die Ausschaltung einer grofsen Anzahl von Gefahren. F. glaubt, dafs die Methode den meisten Indikationen der Sectio alta gerecht zu werden vermag, da die Blasenwunde 7—8 cm lang sein kann.

Aufserdem zeigte F. einen Blasenstein, welchen er nach derselben Methode aus der Blase eines 39jährigen Mannes entfernt hatte.

von Hofmann-Wien.

Two cases of complete bilateral duplication of the ureters. Von A. H. Gould. (Amer. Journ. of Med. Scienc. March 1903.)

1. 6monatliches, an Marasmus gestorbenes Kind. Jede Niere hatte 2 Becken und 2 in ihrem ganzen Verlaufe getrennte, mit separaten Orifizien in die Blase mündende Ureteren. Auf jeder Seite hatte der eine Ureter seine Blasenmündung an normaler Stelle, während der andere mehr median und näher zur Urethra prostatica mündete. An den Nieren selbst nichts Besonderes.

2. 50jährige, an Hernia inguinalis incarcerata verstorbene Frau. Jede Niere hatte 2 Becken und 2 getrennt in die Blase mündende Ureteren. Keine der Blasenmündungen lag an normaler Stelle, jedoch befanden sich alle in der Nähe derselben. von Hofmann-Wien.

Duplicité de l'uretère droit. Von Constantin-Daniel. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1903, p. 40.)

Bei einem neugeborenen Knaben, der am 18. Tage an Pyämie starb, ergab die Sektion zwei Harnleiter der r. Niere, wovon der äufsere dreimal so dick wie der andere im Nierenbecken, der andere, innen gelegene, im Nierenparenchym selbst seinen Ursprung nahm. Beide Ureteren liefen einander parallel, um sich 1 cm vor dem Fundus vesicae zu vereinigen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Experimentelle Untersuchungen über das Rückströmen von Harnblaseninhalt. Von H. Marcus. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25, 1903.)

M. benutzte für seine Versuche in der Regel männliche Kaninchen, denen zum Teil nach ausgeführter Laparotomie meist eine Aufschwemmung einer fein geriebenen Mischung von Berlinerblau und Diatomen mittelst Katheter in die Blase gespritzt oder direkt in die Ureteren gebracht wurde. M. kommt auf Grund dieser Versuche zu folgenden Schlüssen:

1. Ein Aufsteigen von Blaseninhalt ins Nierenbecken konnte häufig festgestellt werden. Dasselbe geschah entweder durch antiperistaltische Uterusbewegungen oder durch Blasenkontraktion bei überdehntem oder gelähmten Ureter.

2. Wurde im Nierenbecken kein Trauma gesetzt, so verteilte sich der Farbstoff blofs in den Buchten und stieg gelegentlich in den Sammelröhrchen an der Papillenspitze auf, war aber sonst nirgends in der Nierensubstanz anzutreffen.

3. Jene Versuche, in denen ein Eintritt von Farbstoff in die Venen beobachtet wurde, sowie die Luftembolieversuche verliefen ganz in derselben Weise, wie sie Levin beschrieben hat. Es zeigte sich jedoch bei der mikroskopischen Untersuchung, dafs in allen diesen Fällen ein Trauma des Nierenbeckens stattgefunden hatte.

4. Auffällig war der geringe Druck (selbst bei grofsen Hundenieren), durch welchen bereits derartige Traumen der Niere zu stande kamen.

5. Auch in M.s Versuchen konnten korpuskuläre Elemente in entfernteren Organen und im Herzblut nachgewiesen werden, doch verliert dieser Befund, wie sich aus dem Vorhergehenden ergiebt, jede Bedeutung.

6. Ein Eindringen korpuskulärer Elemente durch die Sammelkanälchen in die gewundenen Kanälchen oder gar in die Bowmansche Kapsel wurde niemals beobachtet und ist auch nach den vorhandenen Litteraturangaben völlig unwahrscheinlich.

7. Die Versuche mit Bakterien lieferten genau dieselben Resultate, wie die mit Farbstoffaufschwemmungen angestellten Experimente.

8. Die Schnelligkeit einer postmortalen Einwanderung von beweglichen Bakterien aus dem Nierenbecken in die Nierensubstanz scheint bis zu einem gewissen Grade von der verwendeten Bakterienart abzuhängen und erfolgt auf dem Lymph- und Blutwege, nicht durch die Harnkanälchen. von Hofmann-Wien.

Über das „Regurgitieren“ aus der Urethra posterior. Von Dr. B. Asakura-Tokio. (Monatsberichte f. Urologie 1903, VIII. Bd., 3. Heft.)

Um festzustellen, ob ein Regurgitieren aus der Urethra posterior in die Blase stattfindet, wurden unter besonderen Vorsichtsmafsregeln 2—5 Tropfen einer Suspension von Holzkohlenpulver in 5 %iger Ferrocyankalilösung hinter den Kompressor urethrae, bei einer zweiten Versuchsreihe ebensoviele Tropfen der gleichen Suspension in den Bulbus injiziert. Während in letzteren Fällen Kohle und Ferrocyankalium nur in den beiden ersten Portionen nachweifsbar waren, fanden sich diese Beimengungen nach den Injektionen in die Posterior je nach der injizierten Tropfenzahl auch in der 3. bis 5. Portion. Weitere Versuche ergaben, dafs das Regurgitieren nicht infolge der durch das Einführen des Katheters reflektorisch erzeugten Kontraktion der Muskulatur eintrat. Die Resultate blieben die gleichen auch bei vorherigem Cocaïnisieren oder bei verändertem Druck der einlaufenden Flüssigkeit. Es scheint demnach unzweifelhaft, dafs geringe Eiterungen aus der Posterior in die Blase abfliefsen und durch Sedimentierung daselbst auch die letzte Portion trüben können, bei intakter Blase. Hentschel-Dresden.

Über Cystenbildung am Ureter und in seiner Umgebung. Von C. Sinnreich. (Zeitschr. f. Heilk. Bd. XXII, H. 3.)

Bei dem Falle S.s handelt es sich um eine 35 jährige Frau, die vor 4 Tagen mit Schmerzen im rechten Hypochondrium und zeitweisem Erbrechen erkrankt war. In der rechten Bauchseite fand sich eine faustgrofse, verschiebliche Geschwulst, die als Wanderniere mit sekundärer Hydronephrose gedeutet wurde. Der Ureterenkatheterismus gelang ohne Schwierigkeit. Nach zehn Tagen Laparotomie. Der Tumor erwies sich als eine retroperitoneal gelegene, mit Ureterwandung versehene Cyste, die anscheinend weder mit dem Nierenbecken, noch mit dem Ureter in Verbindung stand. Exstirpation der Cyste und Fixierung der gelockerten Niere. Verf. ist der Ansicht, dafs die Entstehung derartiger Cysten auf das Vorhandensein eines überzähligen, unten obliterierten Ureters zurückzuführen sei. Dreysel-Leipzig.

Valve formation in the lower portion of the ureter. Von W. E. Morgan. (Annals of Surgery 1902, Oct.)

Verf. berichtet über einen Fall von intermittierendem Ureterverschlufs, den er folgendermafsen erklärt: die Obstruktion war offenbar durch einen Entzündungsprozefs in sehr frühem Lebensalter entstanden. Diese Entzündung hatte zu Adhäsionen mit den Samenblasen, dem Ureter und der Blase geführt. Die Folge hiervon war eine faltenartige Hypertrophie der Schleimhaut des Ureters.

M. erweiterte den Ureter, durchtrennte die Schleimhautfalte und legte für drei Wochen einen Ureterkatheter ein. Es folgte völlige Genesung. Dreysel-Leipzig.

Vorfall eines cystisch erweiterten Ureters durch Harnblase und Urethra in die Vulva bei einem 6 Wochen alten Mädchen. Von v. Hibler. (Wiener klin. Wochensch. Nr. 17, 1903.)

Das Kind war wegen plötzlichen Auftretens eines geschwulstartigen Gebildes in der Vulva auf die Klinik gebracht worden. Krankhafte Störungen mit Ausnahme häufigeren Urinierens hatten nicht bestanden. Der Tumor erwies sich als eine mit klarer Flüssigkeit gefüllte Cyste, welche nach mehrstündigem Bestehen platzte. Das Kind starb einige Tage später nnter urämischen Erscheinungen. Der Cystensack erwies sich bei der Obduktion als das unterste vorgestülpte Ende eines in seinem Blasengebiete abgeschlossenen Ureters der linken Niere, welche aufserdem noch mit einem zweiten offen in die Blase mündenden Ureter versehen war. von Hofmann-Wien.

2. Erkrankungen der Prostata.

Über Innervation der Prostata. Von Pussepp. (Russki Wratsch 1902, 49.)

Auf experimentellem Wege gelangte P. zu der Ansicht, dafs der 1., 2. und 7. Lumbalnerv die Prostata innervieren. Ferner konnte durch

Reizung eines bestimmten Punktes im vorderen Teile des Thalamus opticus, sowie eines kleinen Bezirkes in der Rindensubstanz eine gesteigerte Saftsekretion der Prostata hervorgerufen werden.

Hentschel-Dresden.

Prostatamassage und Albuminurie. Von Dr. Krüger-Wildungen. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 23.)

Bei zwei Patienten, die an chronischer Prostatitis nach Gonorrhoe litten, „nervös“, aber im übrigen gesund waren, konnte K. vorübergehende Albuminurie nach Prostatamassage feststellen. Die Eiweifsausscheidungen waren renale, nicht durch Lenkocyten, Sperma oder ähnliche Beimengungen bedingt; Cylinder und zellige Elemente aus den Nieren sind nicht gefunden worden. Bei dem einen Kranken verriet sich die „Nierenschwäche“ auch dadurch, dafs er einmal nach Tanzen vorübergehend Eiweifs aufwies. Für den Praktiker wichtig ist die Thatsache, dafs unter noch nicht näher bekannten Umständen nach lege artis ausgeführter Prostatamassage Albuminurie vorübergehend auftreten kann.

Jesionek-München.

Über blutiges Prostatasekret. Von Dr. B. Goldberg-Wildungen und Köln. (Dermatolog. Centralblatt Nr. 7, 1903.)

Goldberg veröffentlicht eine Studie auf Grund 10 eigener Beobachtungen von blutigen Absonderungen bei Prostatitis: bei dreiviertelhundert akuten und subakuten Prostatitiden 2 mal als Hämospermie, 3 mal als Expressionprodukt; bei chronischen Fällen unter 100 nur 5 mal. Letzteres Verhältnis dürfte nach G.s Urteil als Durchschnittlich zutreffend gelten; ersteres deshalb nicht, weil bei akuten und subakuten Prostatitiden unvergleichlich seltener — vielleicht aus unberechtigter Scheu — massiert wird, als bei chronischen Erkrankungen. G. schliefst sich der Annahme Keersmakers an, dafs aus der Koinzidenz von Hämospermie und Prostatitis auf die Provenienz des Blutes aus der erkrankten Prostata geschlossen werden darf. Die Befunde stammen (1 mal) von endoglandulärer (Prostata weich und klein), im übrigen von interstitiellen Formen. Der (3 malige) positive Gonokokkenbefund unter 5 Fällen akuter Prostatitis und der rasche Erfolg der Expressionsmassage (nach langdauernder, vergeblicher Kur vorher) spricht für die Richtigkeit der Anwendung. Der Erfahrung und Individualisierungskunst des Arztes bleibt die Auswahl geeigneter Fälle vorbehalten.

Sedlmayr-Borna.

Anatomische Untersuchungen zur Frage der beginnenden Prostatahypertrophie. Von A. Rothschild. (Virch. Arch. 173. Bd. 1903. S. 113.)

R. untersuchte systematisch die Vorsteherdrüsen von 30 im Moabitkrankenhause in Berlin zur Sektion gekommenen Männern, im Alter von 30—50 Jahren, also aus einem Lebensalter, welches der klinischen Erfahrung nach nichts mit der Prostatahypertrophie zu thun hat. Ausgeschlossen von der Untersuchung waren die Drüsen von solchen Individuen, die an akuten Infektionskrankheiten, Lues, sog. konstitutionellen,

oder Entzündungen der Harnwege gelitten hatten. Es wurden nun in 27 von den untersuchten Organen = 90 % pathologische Veränderungen in der Drüsensubstanz und im interstitiellen Zwischengewebe gefunden. In 24 Fällen waren Eiterzellen im Drüseninhalt, teils als geringe Beimischung, teils denselben vollständig erfüllend. In etwa 20 Fällen zeigte das Epithel katarrhalische Veränderungen; ferner waren Spuren katarrhalischer Zustände in einzelnen Drüsenlichtungen. In den 27 Fällen zeigte die interstitielle Bindegewebssubstanz teils circumskripte, teils diffuse Stellen mit mononukleären kleinen Rundzellen, manchmal in mehr oder weniger dichten Herden zumeist nahe der Drüsensubstanz, oft direkt subepithelial. Stellenweise wurden in der Bindegewebssubstanz schwielige Veränderungen, meist an den Drüsentubulis gefunden. Die am meisten veränderten Organe gehörten Männern zwischen dem 40. und 45. Lebensalter an. In 7 Fällen bestand eine mit dem blofsen Auge taxierte „Hypertrophie"; doch ging das Gewicht der betreffenden Prostataorgane nicht über die als normal bezeichnete Grenze hinaus. Die bei den 27 Vorsteherdrüsen vorgefundenen Veränderungen haben alle einen chron. entzündlichen Charakter. Diese Untersuchungen R.s bestätigen die Vermutung Ciechanowskis, dafs die von ihm beschriebenen entzündlichen Veränderungen, die er als Ursache der Prostatahypertrophie auffafst, viel häufiger sind, als man mit blofsem Auge wahrnehmen kann, und dafs sie in einem viel früheren Zeitpunkte beginnen, als aus seinen Untersuchungen hervorgeht. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Anatomical researches on the so called „prostatic hypertrophy" and allied processes in the bladder and kidneys. Von St. Ciechanowsky. (Authorized translation. Edited by R. H. Greene. 1903. E. R. Pelton, New York.)

Eine Übersetzung der in den Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1901, Band VII, erschienenen Arbeit C.s.

Derselbe kommt zum Resultate, dafs, wenigstens in seinen Fällen, die Grundlage der Hypertrophie der Vorsteherdrüse und gewisser Formen der Prostataatrophie in chronischen Entzündungsprozessen zu suchen sei, deren ätiologischer Zusammenhang mit Gonorrhoe vorläufig noch nicht unmittelbar bewiesen werden könne; bei der grofsen Häufigkeit der Gonorrhoe im allgemeinen, insbesondere der grofsen Häufigkeit der chronischen gonorrhoischen Prostataentzündungen und der auffallenden Ähnlichkeit der von C. beobachteten Veränderungen mit den anatomischen Befunden bei gonorrhoischen Prozessen, sei jedoch ein solcher Zusammenhang als sehr wahrscheinlich anzunehmen. von Hofmann-Wien.

Enlarged prostate. Von L. R. G. Crandon. (Ann. of Surg. 1902, Dezember.)

Die Ursache der gewöhnlichen Prostatahypertrophie und gewisser Formen von Prostataatrophie ist eine leichte Bindegewebsneubildung, die infolge einer Infektion, zu der sich senile degenerative Prozesse hinzugesellen können, zu stande kommt. Die Ursache der Infektion ist

vorwiegend der Gonococcus, weil derartige Infektionen häufig und weil andere Ursachen der Entzündung dieser Teile selten sind, weil ferner die histologischen Veränderungen bei gonorrhoischer Entzündung und seniler Veränderung der Prostata einander sehr ähnlich sind. Neoplasmen der Prostata, Fibrome, Adenome kommen vor, sind aber selten.

Dreysel-Leipzig.

Nature of prostatic hypertrophy. Von R. H. Greene und H. Brooks. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. April 26, 1902.)

Die Verfasser kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Prostatahypertrophie älterer Personen ist das Resultat einer chronischen Prostatitis.

2. Dieselbe entsteht meist aus einer Urethritis posterior, was immer für einer Ursache.

3. Wahre Neoplasmen der Prostata sind selten und an dem Zustandekommen der Prostatahypertrophie nicht beteiligt.

4. Karzinom kann sich in der hypertrophischen Prostata als Folge des chronischen Entzündungsprozesses entwickeln.

von Hofmann-Wien.

Beiträge zur Pathologie der Prostata. Von Remete. (Wiener klin. Rundschau, Nr. 6, 1903.)

R. teilt 2 Fälle mit, bei denen vor Jahren die einseitige Kastration wegen Tumor, resp. Zerquetschung des Hodens vorgenommen worden war. In beiden Fällen war jetzt der entsprechende Prostatalappen atrophiert. Es kann also aus diesen Fällen gefolgert werden, dafs die Elimination des Hodens auf die Prostata Einflufs hat, aber nur auf die normale Drüse.

von Hofmann-Wien.

Pathology and treatment of enlarged prostate. Von B. Clarke. (Brit. Med. Journ. May 16, 1903.)

C. unterscheide tfolgende Formen: 1. Adenome. 2. Fibromatose der Prostata. 3. Varikositäten der Urethra prostatica und des Trigonums. Jede derselben fordert eine andere Behandlung: Adenome müssen ausgeschält werden, für die Fibromatose ist die Prostatektomie angezeigt, bei Varikositäten die Kauterisation.

R. Harrison macht darauf aufmerksam, dafs das Karzinom der Prostata häufiger sei, als meist angenommen wird.

S. Edwards hat ebenfalls viele maligne Prostatahypertrophien gesehen. Bei Varikositäten hat sich ihm die Vasektomie als sehr wertvoll erwiesen.

von Hofmann-Wien.

Über die Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Leopold Casper-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 24.)

C. giebt seine Beobachtungen und Erfahrungen an 131 Fällen von Prostatahypertrophie aus seiner Praxis und sucht daraus bestimmte

Direktiven für die Pathologie und Therapie dieser Affektion herzuleiten. Es wurden behandelt:

	geheilt	gebessert	unbeeinflufst	verschlechtert	gestorben
61 Fälle ohne Operation	4	38	8	4	7
30 „ nach Bottini . . . . , . . .	3	9	11	3	4
16 „ mit Vasektomie	—	3	13	—	—
10 „ „ Kastration	—	—	9	—	1
4 „ „ Elektrolyse	—	2	2	—	—
3 „ „ hohem Blasenstich	—	—	2	—	1
3 „ „ Sectio alta	—	—	2	—	1
4 „ „ Prostatektomie	—	2	—	—	2

Als geheilt werden die Patienten betrachtet, die jahrelang ohne Residualharn und ohne subjektive Beschwerden bleiben, als gebessert diejenigen, bei denen eine bleibende Verminderung des Residualharns, sowie des Harnzwanges und der Schmerzen zu konstatieren ist, als verschlechtert, wenn diese Symptome sich steigern. Die Todesfälle beziehen sich bei Operationen auf die Zeit von 14 Tagen nach Vornahme dieser, bei den nicht operierten bis zu 1/2 Jahr nach begonnener Behandlung. Für die Therapie sind zwei grofse Gruppen zu unterscheiden, nämlich diejenigen Patienten, die ihre Blase ganz oder fast ganz entleeren, und diejenigen, die einen beträchtlichen Rückstand behalten. Die ersteren werden nur dann lokal behandelt, wenn Cystitis besteht, bei letzteren, 51 von den 61 Fällen, wird der Katheterismus, resp. Dauerkatheter angewandt, doch müssen stark distendierte Blasen langsam und nicht vollständig entleert werden, aufserdem ist peinlichste Asepsis notwendig; trotzdem sind verhängnisvolle Zufälle hierbei nicht zu selten. Die Fälle von Prostatismus ohne Residualharn wurden mit Kalmantien, Narcoticis, heifsen Sitzbädern, Umschlägen bekämpft und sind im allgemeinen schwerer zu beeinflussen. — Was die operative Behandlung anbetrifft, so sind die Resultate derselben aus obiger Tabelle zu ersehen. Von der Kastration sah C. in keinem Falle einen Erfolg, ebenso hat er schlechte Erfahrungen mit der Sectio alta und dem Blasenstich gemacht, auch die Elektrolyse vom Mastdarm aus ist nicht zu empfehlen. Die Vasektomie vermag höchstens die subjektiven Beschwerden zu lindern, aber nicht die Blasenfunktion wiederherzustellen. Die Prostatektomie ist nur indiziert, wenn sich grofse Wülste der Prostata vor den Blasenhals legen, und wenn es sich um kräftige Personen handelt, da der Eingriff ein sehr schwerer ist. Die Bottinische Operation ist nur bei den Fällen mit Retention und zwar chronischer angezeigt; die Gefahren sind nicht ganz gering, C. verlor einen Fall an Herzschwäche, einen an Blutung, zwei an Sepsis. Immerhin ist die Operation hier indiziert, wenn die Blase klein ist und der Katheterismus, der häufig wiederholt werden mufs, grofse Schwierigkeiten

macht. Auch hier versucht C. zunächst das Einlegen und permanente Liegenlassen eines Verweilkatheters, den die Patienten, mit einem Stopfen versehen, auch im Umhergehen tragen und nach Bedarf öffnen; 2 mal am Tage machen sie sich eine Blasenspülung, das eine Mal mit Argentum $^1/_{1000}$—$^1/_{4000}$, das andere Mal mit Hydrarg. oxycyanat. $^1/_{5000}$; mit dieser Methode hat C. erfreuliche Resultate erzielt. Bei sehr gebrechlichen, arteriosklerotischen Prostatikern, bei doppelseitiger Pyelonephritis, bei Schrumpfniere und Druckatrophie der Niere ist die Operation kontraindiziert. Ferner ist es gefährlich, Patienten, die leicht und stark aus der Prostata bluten, zu kauterisieren. Das Messer mufs weifsglühend sein, der Schnitt ganz langsam geführt werden, nach der Operation wird ein Verweilkatheter eingelegt; immerhin ist der Erfolg des Eingriffs bei unserer heutigen Technik ein unsicherer. Paul Cohn-Berlin.

De l'influence de la résection du canal déférent sur le tonus du sphincter vésical. Von Wassilieff. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 5.)

Verf. wurde durch verschiedene Umstände zu der Annahme geführt, dafs der funktionelle Erfolg der sogenannten sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie zurückzuführen sei auf eine Verminderung des Tonus des Blasensphinkters infolge von Reflexwirkung. Durch Tierversuche hat er seine Ansicht zu beweisen gesucht. Er meint, dafs bei der Prostatahypertrophie neben dem mechanischen Hindernis der vergröfserten Drüse und der veränderten Form der Urethra auch die Erhöhung des Sphinktertonus eine Rolle spielt, dafs derselbe unter Umständen bis zum Spasmus gesteigert werden und dann wahrscheinlich zur akuten Retention führen kann. So ergab denn auch in Fällen mit akuter Retention die sexuelle Operation die besten Resultate. Hierdurch würde sich auch erklären, weshalb die Operation zu einem so schnellen Erfolg, oft noch am selben Tage, nach wenigen Stunden führen kann. In späterer Zeit vermag dann die Beseitigung des Sphinktertonus die Zirkulationsverhältnisse der Blase günstig zu beeinflussen und somit zu einer dauernden Besserung zu führen. Schlodtmann-Berlin.

Residual urine. Von H. E. Hale. (New York Med. Journ. 1903, 14. Febr.)

Verf. giebt Ratschläge, wie die Ansammlung von Residualurin, ohne dafs ein Katheter zur Anwendung kommt, vermieden werden kann. Die Methode H.s bezieht sich vor allem auf Kranke mit Prostatahypertrophie. Verf. rät den Kranken, den Urin zweimal täglich in der Knie-Ellenbogenlage zu entleeren. Er hat damit ausgezeichnete Resultate erzielt. Bei Atonie der Blase ist die Methode wertlos. Dreysel-Leipzig.

Treatment of prostatic hypertrophy. Von Martin. (The Therap. Gaz. No. 2, 3 u. 4, 1903.)

In prophylaktischer Hinsicht ist es wichtig, jede chronische Entzündung der Urethra post. zur Heilung zu bringen, da derselben ganz

zweifellos ein Einfluſs auf die Erkrankung der Prostatahypertrophie zukommt. M. empfiehlt zu diesem Zwecke die Massage der Prostata, Instillationen, Irrigationen und Dehnungen. Eine weitere Ursache für das Zustandekommen der Prostatahypertrophie scheint die plötzliche Unterbrechung des sexuellen Lebens zu sein. Eine wichtige Rolle spielt auch die ungenügende Entleerung der Blase, wie sie durch freiwilliges Zurückhalten des Urins, aber auch infolge von verminderter Sensibilität zu stande kommen kann. Weitere ätiologische Faktoren sind Unmäſsigkeit im Essen und Trinken, Obstipation, Hämorrhoiden. Was die palliativen Behandlungsmethoden betrifft, so steht obenan der Gebrauch des Katheters. Solange aber der Urin bequem durch 2 Stunden zurückgehalten werden kann, keine Infektion besteht und die Blase nicht palpabel ist, erscheint der Katheter nicht angezeigt. M. giebt nun genaue Vorschriften für den Gebrauch des Katheters, die Sterilisation desselben, die Wahl der Spülflüssigkeiten usw. Bei geringeren Quantitäten von Residualharn erzielt man mitunter gute Erfolge durch Dilatation des Sphincter int. auf 44 Charrière mittelst des Kollmannschen Dilatators. Von operativen Behandlungsmethoden kommen zunächst die Orchidektomie und die Vasektomie in Betracht. Sie sind bei groſsen weichen Drüsen anzuwenden, geben keine sicheren, aber manchmal sehr günstige Resultate. Die galvanokaustische Inzision ist indiziert bei kleinen Drüsen mit viel Residualharn und infizierter Blase, wenn die Überdehnung des Sphincter int. auf 44 Charr. nicht geholfen hat. Die Prostatektomie ist indiziert bei hochgradiger Veränderung der Prostata und zwar die suprapubische, wenn der intravesikale Teil der Prostata vergröſsert ist, sonst die perineale.

von Hofmann-Wien.

Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Von R. Menocal. (Rev. de Med. y Chir. de la Habana 1902, 10. Dez.)

Verf. berichtet über seine Erfahrung mit der Bottinischen Operation und der Prostatektomie bei Hypertrophie der Prostata. Er kommt zu dem Schlusse, daſs die Bottinische Methode die empfehlenswerteste ist, da die Genesung eine rasche, eine Anästhesie nicht immer nötig und die Gefahr einer perinealen Fistel nicht vorhanden ist. Die Bottinische Operation fordert auſserdem nicht eine so sorgfältige Nachbehandlung und setzt die Kranken nicht so stark einer sekundären Infektion aus wie die Prostatektomie.

Dreysel-Leipzig.

Traitements chirurgicaux de l'hypertrophie prostatique. Von Desnos-Paris. (Vortrag vom XIV. internat. med. Kongreſs zu Madrid.)

Von chirurgischen Operationen kommen heutzutage nur noch in Betracht: Die Prostatektomie und die Bottinische. Letzterer gleichwertig ist die Excision nach Sectio alta, die bei infizierter Blase in Frage kommt, im übrigen aber einen schwereren Eingriff darstellt. Die Bottinische ist indiziert bei kleinen oder mittelgroſsen Hypertrophien mit cystoskopisch wohlabgegrenzten Vorsprüngen bei aseptischer oder nur wenig infizierter Blase. Die Prostatectomia totalis sollte nur ge-

macht werden bei jenen mäfsigen Vergröfserungen, welche die Urethra prostat. und den Blasenhals umgeben, nicht aber bei jenen Vorsprüngen, welche das Orificium verlegen oder als grofse Wülste ins Blasenlumen vorspringen. Ihre Hauptnachteile sind: Entstehen einer Perinealfistel, vollständige oder relative Inkontinenz oder Impotenz.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Th. Rovsing. (Arch. f. klin. Chir. Vol. 68, Nr. 4.)

Verf. bespricht Ätiologie und Therapie der Prostatahypertrophie, den Katheterismus, die doppelseitige Kastration, die Resektion des Vas deferens und die Bottinische Operation. Bei partieller Retention und der ersten Attacke von kompletter Retention sollte zunächst der Katheterismus versucht werden. Ist die Blase dilatiert und ist viel Residualurin vorhanden, dann empfiehlt sich die Vasektomie, später die Prostatektomie. Bei Kranken mit totaler Retention, Cystitis, erschwertem Katheterismus sind Cystotomie und Vasektomie am besten. Bleiben Vasektomie, Kastration, Bottinische Operation, Prostatektomie ohne Erfolg, dann mufs die Cystotomie und der regelmäfsige Katheterismus versucht werden, die erstere vor allem dann, wenn der letztere auf Schwierigkeiten stöfst. Zur Prostatektomie sollte erst dann geschritten werden, wenn vorher bereits die Vasektomie in Anwendung gekommen war.

Dreysel-Leipzig.

Some points in the pathology and treatment of prostatic obstruction with on account of thirty three operations for its removal. Von W. B. Clarke. (Brit. Med. Journ. July 4, 1903.)

C. macht darauf aufmerksam, dafs die Prostata, um Störungen hervorzurufen, nicht immer vergröfsert zu sein braucht. In manchen Fällen, wo es sich nicht um Adenome, sondern um fibromatöse Bildungen handelt, ist die Drüse kleiner als normal. Auch in solchen Fällen erzielt man durch eine Enukleation der ganzen oder der einen Hälfte der Drüse gute Erfolge. Bei gestielten Mittellappen hält C. die Resektion für das Beste, doch ist diese Form selten. Handelt es sich um Gefäfsveränderungen, so ist die Kauterisation nach Bottini oder von einer Sectio alta aus zu empfehlen.

von Hofmann-Wien.

A clinical lecture on a fifth series of cases of total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Von Freyer. (Brit. Med. Journ. Apr. 18, 1903.)

F. berichtet über 10 neue Patienten mit Prostatahypertrophie, welche er nach seiner Methode operiert hat. Zwei von diesen Patienten starben nach dem Eingriff, doch ist es nicht sichergestellt, ob der tödliche Ausgang eine Folge der Operation war. In den übrigen Fällen trat vollständige Heilung mit Wiederherstellung der Blasenfunktion ein.

von Hofmann-Wien.

A clinical lecture an a sixth series of cases of total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Von P. D. Freyer. (Brit. Med. Journ. July 4, 1903.)

F. berichtet über eine weitere Reihe von 14 Fällen von Prostatahypertrophie, die nach seiner Methode operiert wurden. Ein Patient starb an Pneumonie, bei den übrigen wurde ein ausgezeichnetes Resultat erzielt, da die Patienten ihre Blase nach der Operation vollständig entleeren konnten. Die gröfste nach dieser Methode enukleierte Prostata wog 235 Gramm. von Hofmann-Wien.

Suprapubic prostatectomy. Von Allwood. (Brit. Med. Journ. June 13, 1903.)

A. berichtete in der Jamaica Branch of the Brit. Med. Assoc. über 2 Patienten mit Prostatahypertrophie, welche er nach der Freyerschen Methode operiert hatte. Der eine Patient erlangte das Vermögen spontan zu urinieren wieder, der andere erlag einer Nierenaffektion.
von Hofmann-Wien.

An address on the operative treatment of enlarged prostate. Von Thomson. (Brit. Med. Journ. April 18, 1903.)

Th. ist ein Anhänger der Freyerschen Methode der Enukleation der Prostata von einer Epicystotomiewunde aus. Er hat mit dieser Operationsmethode sehr gute Resultate erzielt. Th. möchte auf folgende Punkte aufmerksam machen.

1. In der Mehrzahl der Fälle bilden die Seitenlappen das Hindernis für den Urinabflufs.
2. Aus dem Rektalbefunde läfst sich kein Schlufs auf die Gröfse des intravesikalen Tumors ziehen.
3. Es besteht kein notwendiger Zusammenhang zwischen Gröfse der Prostata und dem Grade der Urinbeschwerden. Je kleiner der Tumor, desto schwieriger ist seine Enukleation. von Hofmann-Wien.

On the operative treatment of prostatic obstruction. Von Southam. (Brit. Med. Journ. April 18, 1903.)

S. hält von allen zur Beseitigung der Prostatahypertrophie angegebenen Operationsmethoden die Freyersche für die leistungsfähigste; nur bei mäfsiger fibromyomatöser Vergröfserung der Prostata sei sie nicht anwendbar. In solchen Fällen sei die partielle Prostatektomie oder die Cystotomie und Blasendrainage auszuführen. In einzelnen Fällen erweise es sich auch als vorteilhaft, statt der extrakapsulären Enukleation nach Freyer eine intrakapsuläre Ausschälung der einzelnen Adenomknoten vorzunehmen. von Hofmann-Wien.

Total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Von P. J. Freyer. (The Practitioner, June 1903.)

F. begründet zunächst seine Operation aus der anatomischen Struktur der Prostata, welche nicht, wie man gewöhnlich annehme, ein einheit-

liches Organ darstelle, sondern aus zwei getrennten Lappen bestehe, von denen jeder von einer Kapsel umgeben sei. Das gesamte Organ ist aufserdem noch von einer zweiten Kapsel eingeschlossen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Adenombildung. F. enukleiert nur die einzelnen Prostatalappen mit ihrer Capsula propria, während die äufsere gemeinsame Kapsel intakt bleibt, was Schutz gegen Urininfiltration gewährt. Sobald die Blase eröffnet ist, vermeidet er jedes schneidende Instrument. Im übrigen verweist F. auf seine im Brit. Med. Journ. erschienenen Vorträge und führt nur einige der daselbst mitgeteilten Krankengeschichten an. von Hofmann-Wien.

Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Nicolich. (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 22. 1903.)

Im Anschlufs an die Vorstellung eines 65jährigen Patienten, bei welchem N. vor 4 Wochen wegen kompleter Harnretention infolge von Prostatahypertrophie die totale perineale Prostatektomie mit sehr gutem Erfolge ausgeführt hatte, schildert N. die Technik dieser Operationsmethode, von welcher er glaubt, dafs sie der Bottinischen vorzuziehen ist, da sie bessere Resultate giebt und ihre Mortalität eine geringere ist. von Hofmann-Wien.

Prostatectomie périnéale. Von P. Delbet. (Soc. de chir. 18. Febr. 1903.)

Der Patient bot die Erscheinungen einer Hypertrophie des mittleren Lappens. Die Operation ergab indes nur einige fibröse Stränge, welche die Pars prostatica urethrae komprimierten, während die Prostata selbst normal war. Trotzdem wurde der Patient durch Entfernung der Vorsteherdrüse geheilt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Contribution à l'étude du rôle de la prostate dans les tumeurs épithéliales infiltrées de la vessie. Von Montfort. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 11.)

Bezüglich der Rolle, welche die Prostata bei den Blasentumoren spielt, ob dieselbe miterkrankt zu sein pflegt, ob sie in der Regel primär oder sekundär erkrankt, darüber gehen die Ansichten der Autoren bisher sehr auseinander und stehen sich z. T. diametral gegenüber. Verf. hat an 84 Blasentumoren zur Entscheidung dieser Frage makroskopische und mikroskopische Untersuchungen angestellt. Berücksichtigt wurden nur epitheliale Tumoren. Die Resultate führten dazu, 2 Gruppen zu unterscheiden: Tumoren, die sich vom Blasenepithel ableiten lassen, und Tumoren, die ein anderes Epithel aufweisen. Die Tumoren der ersten Gruppe, mögen sie nun typische oder atypische Form zeigen, mögen sie die Blasenwand infiltrieren oder nicht, haben das Gemeinsame, dafs sie sich vom Blasenepithel ableiten und lange Zeit auf die Blase beschränkt bleiben können. Die Tumoren der anderen Gruppe sitzen primär in einem anderen Organ, bei ihnen ist die Infiltration der Blasenwand konstant, sie ergreifen dieselbe entweder durch direktes Über-

greifen von der Nachbarschaft her oder als Metastasen. In der Mehrzahl dieser Fälle geht der Tumor von der Prostata aus, insbesondere, wenn es sich um echte Karzinome handelt. Zur Feststellung dieser Thatsache genügt nicht die makroskopische Untersuchung, sondern oft bringt erst das Mikroskop den Nachweis der karzinomatösen Entartung der Prostata. Schlodtmann-Berlin.

Remarks on cancer of the prostate and the relation of cases for suprapubic prostatectomy. Von R. Harrison. (Brit. Med. Journ. July 4, 1903.)

H. ist der Ansicht, dafs das Karzinom der Prostata bedeutend häufiger ist, als gewöhnlich angenommen wird. Die Diagnose dieser Erkrankung im Anfangsstadium hält er für nicht leicht. Häufig sind Lumbago und Ischias. Später zeigt sich Schwellung der Inguinaldrüsen. Die Prostata ist oft auffallend hart. Gelegentlich treten leichte Blutungen auf. Die Patienten kommen in ihrem Ernährungszustande auffallend herunter. Die Cystoskopie giebt keinen Aufschlufs, da das Prostatakarzinom nur wenig in die Blase vorzuspringen pflegt. Die Prostatektomie giebt bei Prostatakarzinom schlechte Resultate, wie zwei mitgeteilte Fälle beweisen, hingegen ist die Anlegung einer suprapubischen Fistel zu empfehlen. von Hofmann-Wien.

Du cancer primitif et limité de la prostate et son traitement par la prostatectomie périneale totale. Von Oraison. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 9.)

Das Prostatakarzinom ist nicht so selten, wie man anzunehmen pflegt, besonders in seiner circumskripten Form. Letztere ist einer radikalen Operation sehr wohl zugänglich, und Verf. führt 2 Fälle an, in denen die Operation guten Erfolg hatte. Leider ist es schwer, das Karzinom im Anfangsstadium zu diagnostizieren. Indessen ist in allen Fällen von zweifelhafter Prostatahypertrophie, in denen Verdacht auf Karzinom vorliegt, die Operation indiziert. Ebenso in allen zweifellosen Fällen, in denen das Karzinom noch auf die Prostata beschränkt ist. Am besten ist das Albarransche Verfahren der Prostatektomie. Ist die Urethra prostatica mitergriffen, so empfiehlt sich die totale Prostatektomie mit Resektion der Urethra prostatica. Hat das Karzinom die Grenzen der Prostata bereits überschritten, so enthält man sich besser jedes operativen Eingriffes. Schlodtmann-Berlin.

Cancer de la prostate. Von P. Bouchet und Wagon. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1902, p. 994.)

Die Erkrankung begann vor $1^1/_2$ Jahren mit Hämaturie und führte unter den Erscheinungen der Kachexie und Urämie zum Tode. Die Prostata hatte über Orangengröfse, der l. Ureter war vollständig umhüllt von Tumormassen und unpassierbar, die l. Niere war atrophisch, die r. pyonepthrotisch, aber der Ureter vollständig durchgängig. Ferner bestanden hochgradige Verwachsungen mit dem Rectum. Es handelte sich um ein Epitheliom. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

3. Gonorrhoe.

Über Gonosan. Von M. Friedländer. (Deutsche Ärztezeitung 03, 12.)

Durch eine Arbeit von Bofs über Gonosan wurde F. zu Versuchen mit diesem neuen Balsamikum angeregt, und zwar wandte er es ausschliefslich bei der gonorrhoischen Erkrankung der Posterior an. Die Gonosankapseln enthalten bei 0,3 g Inhalt ca. 80 % Sandelöl und ca. 20 % der zwei aus den Wurzeln des Kawastrauches (Südseeinseln) gewonnenen Kawaharze (daher auch Kawasantal). Es wurden 8—10 Kapseln täglich gegeben mit durchweg gutem Erfolge. Bereits in den ersten Tagen waren Schmerzen, Erektionen oder Blutungen beseitigt, der Urin geklärt, Rötung, Ödeme und Sekretion vermindert. Von störenden Nebenerscheinungen wurden nur geringfügige Rückenschmerzen und bei einigen Patienten leichtes Aufstofsen im Anfange beobachtet. Erhöhung der Acidität, Anästhesierung und ischämische Wirkung sind somit Vorzüge des Gonosans, die es zur Anwendung bei der Urethr. post. gon. als geeignet erscheinen lassen. Hentschel-Dresden.

Über die Behandlung der chronischen Gonorrhoe. Von D. Ráskai. (Ungar. med. Revue 15. Juni 1903.)

R. ist im allgemeinen ein Anhänger der Janetschen Spülungen, ohne jedoch die anderen Verfahren zu vernachlässigen. Von Dilatationen hat er ausgezeichnete Erfolge gesehen, die urethroskopische Untersuchung hält er für sehr wichtig. Was die Urethritis post. betrifft, weist R. mit Recht darauf hin, dafs die chronische Form derselben relativ selten ist und dafs es sich bei derartigen Fällen in erster Linie um eine Erkrankung der Prostata, in seltenen Fällen der Samenblasen handelt.

von Hofmann-Wien.

Zur Behandlung der Gonorrhoe. Von P. Tänzer. (Monatsh. f. prakt. Derm. 02, Bd. 34, H. 7.)

Verf. sah in einem Falle von akuter Gonorrhoe von nur interner Behandlung mit Ichtharganlösung (0,05 : 200,0), 8 Tage hindurch alle 3 Stunden 1 Efslöffel, Erfolg, ohne dafs schädliche Nebenwirkungen auftraten, ebenso nachher bei allen frischen Tripperfällen. Der Harn wurde in 8—10 Tagen klar. Nun erst folgten Injektionen oder Irrigationen mit Ichthargan (1 ‰) zur Beseitigung des restierenden Ausflusses und der Fäden. Hentschel-Dresden.

Traitement des urétrites à gonocoques au moyen de la méthode dite de Janet. Von Saxahansky. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 9.)

Die Janetsche Methode der Auswaschung der vorderen und hinteren Harnröhre läfst sich oft wegen Spinkterkrampfes nicht ausführen. In diesen Fällen kann derselbe Erfolg erzielt werden mittels der Handdruckspritze oder durch die Didaysche Methode mit Einführung eines

Katheters oder durch Kombination der Druckspritze mit teilweiser Einführung eines Katheters, bis zu einer Tiefe, die individuell verschieden ist.

Schlodtmann-Berlin.

Some observations on vulvovaginitis in children (with special reference to the gonorrheal form); its treatment and possible sequelae. Von S. W. Bandler. (Med. Record 1903, 14. März.)

Eitrige Vulvovaginitis ist nach B. bei Kindern nicht selten. Meist ist sie die Folge einer gonorrhoischen Infektion, bisweilen aber auch bedingt durch einen kleinen, intracellulär gelegenen Coccus, der mit dem Gonococcus nicht identisch sein soll. Nach Verf. besteht die beste ambulatorische Behandlung in 1. Irrigation mit Borsäurelösung, 2. Injektion einer 3%igen Protargollösung unter Anwendung des Speculum, 3. Auswischen der gesamten Vagina mit Hilfe des Speculum, danach 4. Einlegen eines Protargolstäbchens und 5., wenn die genannte Therapie wirkungslos geblieben ist, Anwendung einer starken Silberlösung.

Dreysel-Leipzig.

Clinical gonorrhoea without the gonococcus. Von A. L. Benedict. (Am. Journ. of Med. Scienc. July 1903.)

Berichtet über 4 Fälle von Urethritis, bei denen keine Gonokokken, sondern nur zahlreiche andere Bakterien gefunden werden konnten. Alle Fälle wurden durch Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd und Harnantisepticis geheilt.

von Hofmann-Wien.

Urétro-prostatites non blennorragiques. Von A. Hogge. (Le Scalpel 1902, 14. Dez.)

H. ist der Ansicht, dafs die Urethritiden nichtgonorrhoischer Natur häufiger seien, als gewöhnlich angenommen wird. Das Verhältnis beträgt etwa 1:30. Die Prostata wird in solchen Fällen früh ergriffen. Physiologische und mechanische Reize, die zu einer Kongestion der Urethra und Prostata führen, spielen in der Ätiologie dieser Urethritiden eine grofse Rolle. Die Affektion ist im allgemeinen gutartig.

Dreysel-Leipzig.

Subcutaneous abscess due to the Gonococcus in a child two years of age. Von M. A. Gershel. (Med. Record 1903, 7. Febr.)

Bei dem Falle G.s, einem 2jährigen Kinde, war ein Typhus vorhanden. Wenige Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus entwickelte sich eine akute Gonorrhoe der vorderen Harnröhre. Die Quelle der Infektion konnte nicht festgestellt werden. 7 resp. 10 Tage später entstanden Indurationen links und rechts vom Anus. Diese Indurationen vereiterten; im Eiter liefsen sich Gonokokken nachweisen.

Dreysel-Leipzig.



Die mechano-therapeutische Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen. Von S. Arányi. (Pest. med.-chirurg. Presse 1903, S. [illegible].)

Schon während der akuten Entzündung beginne man und zwar sobald das Gelenk im stande ist, den mechanischen Eingriff zu ertragen, mit vorsichtiger Massage der peripheren Teile des Gelenkes, unter Schonung des Gelenkes selbst, und zwar 10 Minuten lang. Sobald der Zustand des Gelenkes es erlaubt, fängt man mit passiven Bewegungen an, selbst wenn diese Schmerzen verursachen. Diese Bewegungen werden entweder mittels Maschinen oder mit der Hand vom Arzt ausgeführt. Dann folgen aktive Bewegungen und bei fortschreitender Besserung Widerstandsbewegungen. Die Behandlung ist oft sehr langwierig und kann manchmal 2—3 Jahre dauern. Von über 100 in dieser Weise von A. Behandelten blieb nur in 14 Fällen eine unheilbare Ankylose zurück.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über blennorrhoische Gelenkerkrankungen. Von G. Nobl. (Wiener med. Dokt.-Kollegium, 16. Febr. 03.)

Verf. berichtet über seine Beobachtungen an 23 Fällen schwerer von Genitalblennorrhöen ausgehender Gelenkerkrankungen. Darunter waren 18 Männer und 5 Frauen. Am häufigsten waren Knie- (14 mal) und Zehengelenk (12 mal) befallen. Von Sehnenscheiden waren 6 mal die Strecksehnen des Handrückens, 5 mal die Scheiden der Extensoren des Fufses, von Schleimbeuteln 5 mal die Bursa achillea beteiligt. In 18 Fällen konnte das Exsudat bakteriologisch untersucht werden. 3 mal gelang ein Gonokokkennachweis, 11 mal blieb der Ergufs steril. Diagnostisch bieten weder Lokalisation noch monartikuläres Auftreten sichere Anhaltspunkte. Eher verwertbar sind, abgesehen vom Gonokokkennachweis, die Beschaffenheit der Gelenkveränderungen, Neigung zu Recidiven und Ankylose, Kombination mit Tendovaginitiden, Wirkungslosigkeit der antirheumatischen Medikation. Hentschel-Dresden.

Gonorrhoische Allgemeininfektion und Metastasen (mit Ausschlufs der Gelenk-, Knochen-, Sehnen- und Schleimbeutel-, sowie der nervösen Erkrankungen). Von K. Ritter von Hofmann. (Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 03, Bd. VI, 7.)

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung von 400 Nummern aus der seit dem Jahre 1890 über obiges Thema erschienenen Litteratur und läfst in übersichtlicher Anordnung ersehen, wie bedeutend trotz der Ausschaltung einer grofsen Erkrankungsgruppe das Gebiet noch ist, über welches sich die unheilvollen Wirkungen der Gonorrhoe erstrecken. Als eine der folgenschwersten Komplikationen ist die Erkrankung des Herzens anzusehen. Am häufigsten wird das Endokard ergriffen. Durch den Nachweis von Gonokokken in den endokarditischen Auflagerungen ist die gonorrhoische Natur unzweifelhaft festgelegt. Die schwere, ulceröse Form führt fast immer zum Exitus oder sie läfst einen schweren Herzfehler zurück. Ferner können ergriffen werden: das Myokard und Perikard,

vom Gefäſssystem fast ausschlieſslich die Venen der unteren Extremitäten (Ven. saph. int.). Gonorrhoische Pleuritiden sind häufiger, als angenommen wird. In der Punktionsflüssigkeit sind Gonokokken nachgewiesen worden. Weiterhin liegen Beobachtungen vor über gonorrhoische Albuminurie und Nephritis, akute und chronische Myositis, über Adenitiden, gonorrhoische Bindegewebserkrankungen in Form von metastatischen Abscessen und eine ganze Reihe von Augenaffektionen und Dermatosen. Für alle diese mannigfachen Komplikationen führt Verf. typische Krankengeschichten in kurzer, präziser Fassung an. Das männliche Geschlecht wird bei weitem häufiger von metastatischen Erkrankungen befallen. Die Verschleppung der Gonokokken erfolgt auf dem Wege der Blutbahn oder der Lymphbahn. Eine Ursache ist nicht bekannt. Wir wissen nur, daſs die Invasion gewöhnlich erst im Anschluſs an eine Urethritis posterior auftritt, besonders bei schwächlichen, abgekommenen Individuen; auch familiäre Disposition ist festgestellt worden. Versuche mit Gonokokkenkulturen und Gonokokkentoxinen führten bisher noch nicht zu übereinstimmenden Ergebnissen.

Hentschel-Dresden.

Über einen Fall von allgemeiner Gonokokkeninfektion. Von M. A. Stern. (Wratschebnaja Gazetta 1903, No. 9.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Eine 19jährige bisher gesunde junge Frau wurde von ihrem Ehemann, dessen chronische Gonorrhoe durch einen drei Wochen vor der Hochzeit anderweitig vollzogenen Coitus exacerbierte, jedoch ohne Behandlung blieb, mit Gonorrhoe infiziert. 14 Tage später trat unter heftigem Schüttelfrost eine schmerzhafte Schwellung des linken Kniegelenkes, einen Tag darauf des linken Ellenbogengelenkes auf, sowie zuweilen eine vorübergehende Beklemmung in der Herzgegend und leichtes Herzklopfen. Aufer der Gelenkentzündung war durch die Gonokokkeninvasion, wie dic Untersuchung des Herzens ergab, noch eine Endo- und Myokarditis hervorgerufen worden Hentschel-Dresden.

Acute general gonorrheal Peritonitis. Von Hunner und Harris. (Bulletin of the Johns Hopkins Hosp. 02, juin.)

Bei sieben Fällen akuter gonorrhoischer Peritonitis konnten im Peritonealbelag viermal Gonokokken nachgewiesen werden. Alle sieben Fälle wurden operiert, zwei davon starben. In der Diskussion wurden Bedenken laut gegen die Berechtigung des operativen Eingriffes.

Hentschel-Dresden.

4. Bücherbesprechungen.

Pathologie des Harns am Krankenbett für Ärzte und Studierende. Von Dr. Ferdinand Blumenthal, Privatdozent, Assist. a. d. I. med. Universitätsklinik zu Berlin. Professor Ernst v. Leyden zum 70. Geburtstage gewidmet. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1903. (gr. 8⁰. XII und 448 S. mit 39 z. T. farbigen Abbildungen.) Angezeigt von Prof. Malfatti.

Dem zur Besprechung vorliegenden Buche liegt die Absicht zu

Grunde, eine Semiologie des Harns zu bieten, ähnlich wie sie etwa in der II. Abteilung des bekannten Huppertschen Buches vorliegt, dieselbe aber durch Einfügung des Wichtigsten aus der Harnanalyse für weitere Kreise von Ärzten und Medizinern handgerecht zu machen. Es ist darum das Buch in zwei Teile geteilt: im ersten werden die chemischen Körper, ihr Auftreten und ihr Mengenverhältnisse in den einzelnen pathologischen Zuständen, ebenso kurz die Methode ihres qualitativen und quantitativen Nachweises beschrieben; der zweite Teil bringt das Gesamtbild des Harnbefundes, wie er sich im Verlauf der einzelnen Krankheiten darstellt. Die Teile von mehr klinischem Interesse sind zum grofsen Teile recht gut behandelt und werden mit Nutzen gelesen werden. Da und dort möchte man aber eine etwas gröfsere Kritik der Zusammenstellung der reichlich gebotenen Litteratur wünschen. Alte, längst überholte Beobachtungen und Lehrmeinungen, auch wenn sie sich an grofse Namen knüpfen, sollten nicht als gleichwertig und ohne erläuternde Bemerkungen mit neuen anerkannten Arbeiten zusammengestellt werden. Dieses im vorliegenden Werke häufig zu findende Verfahren befriedigt zwar den Leser, der selbst schon ein Urteil hat, es ist aber geeignet, den Lernenden zu verwirren. Immerhin aber bietet dasselbe eine Fülle des Belehrenden und Lesenswerten. Die entschieden schwächere Seite des Buches ist der chemische Teil; der Fachmann würde bei der Besprechung desselben manches anders dargestellt wünschen müssen.

Die Technik der Lithotripsie. Von F. Guyon. Übersetzt und bearbeitet von G. Berg. (1903, Wiesbaden.)

Die Schrift ist aus einer Reihe von Vorlesungen entstanden, die der verdienstvolle Autor über die Technik der Lithotripsie gehalten hat. Seine reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete, auf dem er selbst bahnbrechend gewirkt hat, sind in 6 Kapiteln niedergelegt. Entsprechend seiner Ansicht, dafs der Operateur vor allem die Technik, „die bis ins kleinste Detail geregelt ist“, beherrschen mufs, schildert er den Hergang der Operation und alle Handgriffe mit peinlichster Genauigkeit. In fünf Kapiteln bespricht er die Vorbereitungen zur Lithotripsie, die Ausführung der Operation, und zwar die richtige Placierung des Lithotriptors in der Blase, die drei Arten seiner Öffnung, die Methoden zur Fassung des Steines, seine Fixierung und Zertrümmerung, die Evakuation der Fragmente, die Schwierigkeiten bei der Einführung der Instrumente, bei der Zertrümmerung und Evakuation.

Das 6. Kapitel giebt eine kurze Rekapitulation und veranschaulicht in 14 Abbildungen die einzelnen Phasen der Operation, als: Fassung, Fixierung und Zertrümmerung des Steines, die Aspiration der Fragmente, das Fassen und Befreien der Blasenwand.

Die Diagnose der Blasensteine und die Nachbehandlung der Lithotripsie sind vom Autor an anderer Stelle erörtert, daher hier unberücksichtigt geblieben.

Hentschel-Dresden.

Die chronische Harnverhaltung in diagnostischer und therapeutischer Beziehung. Von Dr. R. Lucke. (Gustav Fischer, Jena. 1903.) Angezeigt von R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

In dieser kleinen Schrift werden für den praktischen Arzt kurz und sehr anschaulich Erläuterungen zu einer kleinen als Anhang beigegebenen Broschüre, die Vorschriften für Hautkranke enthält, gegeben. Der Katheterismus selbst sowie die zur Ausführung desselben unentbehrliche Kenntnis der Anatomie und Physiologie werden in knappen Zügen dargestellt und durch schematische Abbildungen, ebenso wie die wichtigsten Instrumente, verdeutlicht. Die Vorschriften selbst sind als Sonderabdruck zu billigem Preise von der Verlagsbuchhandlung zu beziehen. Sie reihen sich den bekannten vorzüglichen Anweisungen zum Selbstkatheterismus von **Oberländer, Goldberg** u. s. w. ebenbürtig an.

Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis). Von Dr. Maximilian v. Zeissl. (Ferd. Enke, Stuttgart 1902.)

Das vorliegende Buch ist aus der Anregung der Verlagsbuchhandlung, eine neue Auflage des Lehrbuches von Zeifsl sen. herzustellen, entstanden. Die vielen Fortschritte und Neuerungen in der Disziplin machten jedoch eine völlige Umgestaltung und Neuabfassung nötig. Den Tripper beim Weibe hat Felix Heymann-Berlin, die Syphilis des Kehlkopfes und der Trachea L. v. Schrötter-Wien bearbeitet. Tripper und Syphilis des Auges sind nach dem Lehrbuche von Fuchs verfafst.

Z. wendet sich gegen die von Finger und anderen aufgestellte Lehre von der Trichterbildung der Blase und hält eine Trübung der zweiten Urinportion für die Diagnose der Urethritis posterior nicht für verwendbar. Einer Einteilung des Tripperprozesses in eine Erkrankung der vorderen und hinteren Harnröhre kann Z. nicht zustimmen; er meint, dafs die alte Anschauung die richtige sei, nach der eine Erkrankung der Blase vorliegt, wenn beide Urinportionen getrübt sind. Die topische Behandlung der Gonorrhoe läfst Verf., wenn nicht besonders starke Entzündungserscheinungen vorhanden sind, so bald als möglich beginnen. Von den neueren Silbersalzen haben sich ihm Protargol und Albargin am besten bewährt. Von der Endoskopie und Dilatation bei chronischer Gonorrhoe hat Z. nicht besonders gute Resultate gesehen.

Bei der Syphilis vertritt Verf. die von seinem Vater verfochtene Dualitätslehre; einen Chancre mixte läfst er nicht gelten. Bei der Behandlung bevorzugt Verf. imallgemeinen die Schmierkur, besonders dann, wenn rasch grofse Dosen Hg einverleibt werden sollen; nur bei leichteren Fällen wendet er Injektionen mit löslichen Salzen an; unlösliche Präparate verwirft er ganz.

Kann man auch v. Z. nicht in allem beistimmen, so mufs man doch sagen, dafs er sein Thema mit viel Geschick, Gründlichkeit und Fleifs behandelt hat, wofür allein schon das ungewöhnlich reichhaltige Litteraturverzeichnis Zeugnis ablegt. Dreysel-Leipzig.

Chirurgie des ovaires et des trompes. Von Prof. A. Monprofit-Angers.

Dieses dem Prof. Terrier in Paris gewidmete Werk ist von diesem mit einer sympathischen Vorrede versehen, in welcher dem Fleifse und der Sachlichkeit des fern von den Zentren der Wissenschaft arbeitenden Verfassers alle Anerkennung gezollt wird. Das Werk bringt die Darstellung der alten und modernen konservierenden Behandlungsmethoden der Adnexerkrankungen, sowie die der Radikaloperationen. Neu ist die vom Verf. angegebene intraabdominelle Massage der Eierstöcke. Sedlmayr-Borna.

Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen. Von Dr. K. Ries-Stuttgart.

Dieser, im Zweigverein Württemberg der D. G. z. B. d. G. gehaltene Vortrag bringt in populärer Darstellung Alles, was für den Laien wissenswert ist. Sedlmayr-Borna.

Zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten. Von Dr. E. J. Feibes-Aachen. (Heft 6 der „Krankenpflege“ 1902/03.)

Zur persönlichen Prophylaxe wird der „Protektor“, hergestellt von Apotheker E. Weeber-Aachen, empfohlen. Auch nach den Kontrollversuchen von Aufrecht-Berlin übertrifft diese Erfindung an Sicherheit und Handlichkeit alle bisher ausgegebenen Prohibitivmittel.

Nicht beistimmen kann ich der Äufserung des Verf., dafs die zu Ricords Zeiten hergestellten Condoms dieselbe Ware wären, wie die heutzutage produzierten. Sedlmayr-Borna.

Medizin, Aberglaube und Geschlechtsleben in der Türkei. Von Bernhard Stern-Berlin. Verlag H. Bersdorf. 2 Bände.

In der „Ungarischen medizinischen Revue“ Nr. 4 des 3. Jahrganges wird die „meisterhafte Behandlung des riesigen Materials“ hervorgehoben und besonders anerkennend betont, dafs ein Nichtfachmann uns diese Schätze medizinisrher Historiographie erschlossen hat.

Sedlmayr-Borna.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen.

Von

Robert Christen.

Der vorliegenden Arbeit liegen 400 Fälle von Strikturen der männlichen Harnröhre zugrunde, die in den Jahren 1882—1902 in der chirurgischen Privatklinik des Herrn Prof. Emil Burckhardt in Basel zur Beobachtung und zur Behandlung kamen.

Das Gebiet der Harnröhrenstrikturen ist schon sehr viel bearbeitet worden, und die Literatur darüber ist aufserordentlich umfangreich. Es würde daher weit über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, wenn ich sämtliche erschienenen Arbeiten hätte berücksichtigen wollen. Bis zum Jahre 1879 findet sich die Literatur zusammengestellt in Dittel: Strikturen der Harnröhre (Deutsche Chirurgie, Lieferung 49). Von der spätern habe ich für meine Arbeit nur das — immerhin noch recht umfangreiche — Material berücksichtigt, das mir speziell zum Vergleiche mit meinen Resultaten von Interesse erschien. Ich habe in der Literatur nur 2 statistische Arbeiten finden können, in denen eine eben so grofse Kasuistik wie in der unsrigen verarbeitet wird, nämlich eine Arbeit von Desnos[1]) und eine solche von Scudder[2]). Bei Desnos handelt es sich um 500 Fälle, von denen 387 Fälle langsam dilatiert, 78 mit Urethrotomia interna, 3 mit Urethrotomia externa und 32 elektrolytisch behandelt wurden. Von Scudder wurden 404 Fälle ausschliefslich mit dem von Bigelow etwas modifizierten Voillemier'schen Divulsor behandelt. Von diesen Fällen werden nur 28 spezieller berücksichtigt. Es handelt sich meist um poliklinisches, wenig zuverlässiges Material, um Fälle, die wegen irgend einer dringenden Indikation, wie z. B. Harnverhaltung, zur Be-

[1]) Desnos, Remarques sur 500 cas de rétrécissements de l'urèthre. — Annal. d. malad. d. organes gén.-urin. 1891.

[2]) Scudder, A study of 404 cases of divulsion of urethral stricture. — Journ. of cut. and gen.-urin. diseases. 1893.

handlung kamen. Selbst bei diesen 28 Fällen fehlen nähere Angaben über Sitz und Beschaffenheit der Strikturen.

Die vorliegende Arbeit bezweckt nun, unser reichhaltiges Material zusammenzustellen, zu ordnen und statistisch zu verwerten. Die einzelnen Krankengeschichten wurden zu diesem Zwecke in übersichtlichen Tabellen zusammengestellt, aus denen dann nach den verschiedensten Richtungen hin, was Ätiologie, Diagnose, Art der Behandlung und Resultate anbetrifft, die sich ergebenden Schlüsse gezogen wurden.

Von den 400 Fällen wurde ein Teil stationär, ein gröfserer Teil ambulatorisch behandelt. Manche Fälle stellten sich nur einmal vor, sei es dafs sie sich nicht zur Behandlung stellten, oder aber anderen Ärzten mit den nötigen Weisungen zur Behandlung überwiesen wurden. Jch habe diese Fälle — es sind deren 62 — gleichwohl in meine Statistik aufgenommen, da auch sie bei der Feststellung der Ätiologie, des Sitzes, der Beschaffenheit, sowie der Folge- und Begleiterscheinungen der Strikturen verwendet werden konnten.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Prof. Emil Burckhardt für die Überlassung des Materials meinen Dank auszusprechen. Auch bin ich ihm und Herrn Dr. Fr. Suter sehr verbunden für die Anleitung und Unterstützung, die sie mir bei der Abfassung der Arbeit zu teil werden liefsen.

I. Begriff und Ätiologie.

Der Begriff der Harnröhrenstrikturen wird von den verschiedenen Autoren verschieden weit ausgedehnt. Dittel[1]), welcher als „Harnröhrenverengerung jenen Zustand der Harnröhre bezeichnet, wo das Lichte des Harnröhrenkanals durch Krankheiten der Wandung enger geworden ist“, nennt als verengende Krankheiten: Krampf, Entzündung und permanent gewordene Gewebsveränderungen. Dittel fafst also den Begriff der Harnröhrenstriktur sehr weit. Ich habe mich bei der Einteilung an diesen alten Dittelschen Begriff gehalten und die Strikturen bezüglich ihrer Ätiologie eingeteilt in gonorrhoische, traumatische, kongenitale, artefakte, spastische, urische und tuberkulöse. Martens[2]) anerkennt eigent-

[1]) Dittel, Strikturen der Harnröhre. — Deutsche Chirurgie, Lieferung 49.

[2]) Martens, Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre und ihre Behandlung. — Berlin 1902.



lich nur die gonorrhoischen und traumatischen Strikturen. Nach seiner Ansicht sind die kongenitalen Verengerungen nicht zu den eigentlichen Strikturen zu zählen. Das Vorkommen von spastischen und urischen Strikturen wird von ihm überhaupt bestritten. Es ist ja klar, dafs die gonorrhoischen und die traumatischen Strikturen die grofse Mehrzahl bilden und auch praktisch die wichtigsten sind. Doch glaube ich die andern Arten nicht aufser acht lassen zu dürfen.

Die 400 Fälle verteilen sich nach ihrer Ätiologie folgendermafsen:

Gonorrhoische Strikturen:	364	=	91	%
Traumatische „ :	12	=	3	„
Kongenitale „ :	11	=	2,75	„
Artefakte „ :	3	=	0,75	„
Spastische „ :	2	=	0,5	„
Urische „ :	3	=	0,75	„
Tuberkulöse „ :	5	=	1,25	„

Als Verhältnis der Strikturen überhaupt zu den gonorrhoischen ergibt sich 1:0,91. Diese Verhältniszahl ist etwas gröfser als bei andern Autoren, welche folgende Zahlen angeben:

Rabitsch bei Thompson[1]): 1:0,705
Wiener allg. Krankenhaus [1]): 1:0,89
Dittel[1]): 1:0,808

Die Zahl der traumatischen Strikturen ist in unserer Statistik eine verhältnismäfsig kleine. Auf 364 gonorrhoische Strikturen verzeichnet sie blofs 12 traumatische, oder 1 traumatische auf 30,3 gonorrhoische. Wie weit in dieser Beziehung die einzelnen Statistiken auseinandergehen, mögen folgende Zahlen zeigen:

	traumatisch	gonorrhoisch	Verhältnis
Thompson	28	164	1:5,85
Martens	46	129	1:2,8
Desnos	4	500	1:125

Die grofse Differenz erklärt sich aus der Verschiedenheit des Materials. Das Material einer allgemeinen chirurg. Klinik (Martens) und das einer Spezialklinik ist natürlicherweise sehr verschieden,

[1]) Aus „Eulenburgs, Encyklopädie: Harnröhrenverengerungen von Paul Güterbock“.

indem sich in letzterer neben den schweren auch viele leichte Fälle ambulatorisch behandeln lassen, während eine allgemeine chirurgische Klinik gewöhnlich nur schwerere Fälle mit dringenden Indikationen zu Gesicht bekommt. Zu solchen gehören aber im allgemeinen die traumatischen Strikturen resp. die Verletzungen der Harnröhre.

Die Gonorrhoe hat in der Ätiologie der Harnröhrenstrikturen die gröfste Bedeutung. Warum eine Striktur nur in einzelnen Fällen nach Gonorrhoe auftritt und in andern nicht, ist nicht festgestellt. Wenn man die kolossale Verbreitung der Gonorrhoe betrachtet, so mufs man sich sagen, dafs das Auftreten einer Striktur relativ selten ist. Von einzelnen Autoren ist für ihr Zustandekommen die Art der Behandlung, speziell sind die Injektionen und Instillationen verantwortlich gemacht worden. Viele gehen in dieser Beziehung entschieden zu weit. Denn wie schon Martens betont, so ist auch nach unserer Ansicht der beste Schutz gegen eine spätere Striktur die sorgfältige Behandlung der bestehenden Gonorrhoe. Und wer behandelt heutzutage eine Gonorrhoe nicht mit Injektionen? Es ist ja ohne Zweifel zuzugeben, dafs allzu stark konzentrierte Ätzmittel narbige Veränderungen in der Harnröhre zur Folge haben können. Auch unter unseren Fällen finden sich einige, wo nach der Angabe der Patienten nach den Injektionen sehr starke Schmerzen und Blutungen aufgetreten sind. In 2 Fällen ist die Anamnese so charakteristisch, dafs diese Fälle als artefakte Strikturen bezeichnet werden müssen.

Nach Angabe der Patienten wurden in 266 Fällen = 73,07% Injektionen oder Instillationen gemacht. 13 Fälle wurden gar nicht oder nur mit internen Mitteln behandelt. In 85 Fällen fehlen Angaben über die Art der Therapie. Es darf wohl angenommen werden, dafs diese Fälle auch zum gröfsten Teil mit Injektionen behandelt worden sind. — Ob ein- oder mehrmalige Gonorrhoe für die Entstehung einer Striktur von Bedeutung ist, wage ich nicht zu entscheiden. 183 Fälle, ziemlich genau die Hälfte, haben nur einmal Gonorrhoe durchgemacht, während in 181 Fällen eine wiederholte Infektion angegeben wird. Von gröfserer Bedeutung scheint vielmehr der Verlauf der Gonorrhoe zu sein. Es handelt sich in weitaus den meisten Fällen um sehr langdauernde Gonorrhöen, die zum Teil in ein chronisches Stadium übergingen und sich noch lange Zeit im sog. „Morgentropfen“ (goutte militaire) äufserten. Nur in 44 Fällen findet sich eine positive Angabe

der Patienten, dafs ihre Gonorrhoe ausgeheilt sei. In vielen Fällen ist über die Heilung nichts vermerkt, bei anderen jedoch die deutliche Angabe, dafs die Gonorrhoe nicht vollständig geheilt sei.

Bei den traumatischen Strikturen ist das verursachende Moment ein Trauma, das verletzend auf die Harnröhre eingewirkt hat.

In 8 Fällen handelt es sich um einen Sturz rittlings auf den Damm, wobei es zu einer mehr oder weniger hochgradigen Verletzung der Urethra kam. In 5 von diesen 8 Fällen ist direkt eine Ruptur der Urethra angegeben. — Interessant ist Fall Nr. 370 unserer Tabellen, weil sich hier erst 15 Jahre nach dem Trauma eine Striktur entwickelte.

B. X., 30 J., Schreiber: Pat. war früher nie krank. Seit 5 Jahren verheiratet, hat 3 Kinder. Seit ca. 3—4 Jahren bemerkt Pat., dafs er beim Urinieren sehr lange stehen, resp. warten mufs, bis der Strahl kommt. Letzterer soll dann kräftig sein. Die Miktion erfolgt schmerzlos. Kein Nachträufeln. Nachts ca. 3 Miktionen, tags 4—5. Bisher nur innere Medikation, ohne Erfolg. — Im 15. Lebensjahr fiel Pat. von einem hohen Baum herunter (ca. $4^1/_2$ m hoch); dabei soll er rittlings aufgeschlagen haben. Pat. weifs nicht anzugeben, ob damals Miktionsbeschwerden aufgetreten sind oder nicht. Gonorrhoe will Pat. nie gehabt haben. — Status: Gesund aussehender Mann. Äufsere Genitalien normal; Prostata normal. Mit starkkalibrigen Metallsonden fühlt man am hinteren Ende der pars membranacea sehr deutlich eine ringförmige, harte Stelle, die sich mit Metallsonde Nr. 28 nur mit einem schnellenden Ruck überwinden läfst. — Diagnose: Relative Strictura urethrae part. membr. traum. — Leichte Atonie der Blase. — Therapie: Dilatation Nr. 28—32 (Metall); Faradisation der Blase. — Heilung.

In Fall Nr. 375 erfolgte der Sturz rittlings auf das Hinterrad eines Velo.

T. A., 60 J., Direktor. Vor 25 Jahren Gonorrhoe, welche glatt heilte. Seit 30 Jahren verheiratet. Frau gesund. Vor ca. 18 Jahren Sturz vom Velo. Pat. sprang rittlings nach hinten herunter und schlug mit dem Damm auf das hintere Rad. Kein Blut im Urin. Doch soll sich der Damm blau verfärbt haben. Seit einigen Wochen vermehrter Harndrang, Schmerzen vor und nach der Miktion. Die Schmerzen haben in letzter Zeit zugenommen. Vor 10 Tagen wurde Pat. auswärts sondiert. Seither etwas vermehrte Miktion. — Status: Links leichte Varikocele. Mit dicker Sonde fühlt man 13 cm ab meatu ein derbes, rauhes Hindernis. Prostata nicht vergröfsert, nicht dolent. Urin leicht opaleszierend und moussierend. Die chem. Untersuchung ergiebt etwas Eiweifs (Cystitis!) und Zucker. — Diagnose: Relative traumat. Striktur der pars membranacea. — Diabetes mellitus. Streptokokkencystitis (Sondeninfektion); Pneumaturie. — Therapie: Dilatation Nr. 24—30 (Metall). — Heilung.

Im vorliegenden Fall hat Patient allerdings vor 25 Jahren auch eine Gonorrhoe durchgemacht. Diese soll jedoch rasch geheilt sein,

ohne Residuen zu hinterlassen. Ich habe gleichwohl die Striktur als „traumatische“ bezeichnet, da mir das Trauma in der Anamnese ätiologisch von gröſserer Bedeutung zu sein scheint. In der jetzigen Zeit, da das Radfahren einen enormen Aufschwung genommen hat, bilden diese Fahrradverletzungen eine wichtige Rubrik in der Ätiologie der traumatischen Strikturen.

In Fall Nr. 372 kommt die Ruptur der Urethra bei einer Beckenfraktur infolge Sturzes vom Pferde zustande. Solche Fälle von Beckenfraktur mit gleichzeitiger Zerreiſsung der Harnröhre sind nicht allzu selten.

Interessant, wenn auch nicht alleinstehend in seiner Art, ist die Ätiologie bei Fall Nr. 369:

B. O. 8 Jahre, stellte sich den 15. Okt. 1895 vor. Im Frühjahr dieses Jahres band sich Pat. einen Faden um den Penisschaft. Allmählich stellt sich Schwellung ein und Retention. Erst bei vollständiger Harnverhaltung werden die Eltern aufmerksam und suchen ärztliche Hilfe auf. Vom behandelnden Arzte wird zunächst das Präputium dorsal gespalten und dicht hinter der glans ein um den Penisschaft geschlungener Faden gefunden, der sofort entfernt wird. Das an jener Stelle bestehende Geschwür heilt rasch mit Bildung einer Narbe am Schaft. Seit 3—4 Wochen hat sich beständiges Harnträufeln eingestellt. — Status: Gesund aussehender Knabe. Präputium dorsal gespalten, Wunde gut vernarbt. Starkes Ödem. Aus der Urethra flieſst beständig tropfenweise Urin ab. Harn diffus getrübt, stinkend. Auf der rechten Seite des Penisschaftes (dicht hinter dem Sulcus) findet sich in der äuſseren Haut eine quer verlaufende, derbe Narbe, die ca. $^1/_3$ der ganzen Peniszirkumferenz einnimmt. In ihrer Mitte trägt sie eine knopfförmige Verdickung mit einer ganz feinen Fistel, die etwas Eiter und Urin entleert. Bei der Sondierung stöſst die Explorativsonde in der Tiefe von 2 cm ab orif. ext. auf ein hartes, höckeriges Hindernis, das in der Lokalisation genau der äuſseren Narbe entspricht. Das Hindernis ist mit Mühe für fadenförmige Bougies passierbar. — Diagnose: Strictura urethrae traumatica partis pendulae. Harnfistel. — Therapie: Sondendilatation Nr. 1—19. Meatotomie. — Heilung.

Die kongenitalen Strikturen sind angeborene Veränderungen, welche sich entweder in Stenosen am Orificium externum äuſsern (4 Fälle) oder aber durch angeborene Klappenbildungen bedingt sind (7 Fälle). Sie kommen gewöhnlich gleichzeitig mit anderweitigen angeborenen Miſsbildungen, wie Hypospadie, Phimose und dgl., vor.

Als artefakte Strikturen sind diejenigen bezeichnet, bei denen die Verengerung zurückzuführen ist auf eine Läsion der Urethra mit stark ätzenden Mitteln. Von den 3 Fällen, die hierher gehören, hatten 2 Gonorrhoe: In einem Falle wurde eine Ätzstriktur hervorgerufen durch fortgesetzte Anwendung von Karbolöl, im andern

Falle durch Anwendung von Sublimatlösung 1:1000. Nach der Sublimatlösung-Injektion verspürte Patient einen „Höllenschmerz", und es erfolgte eine Blutung, die 8 Tage lang dauerte. In beiden Fällen mag die Gonorrhoe gleichzeitig begünstigend auf die Bildung der Striktur eingewirkt haben. Doch sind die Angaben der Patienten bezüglich der Wirkung der Ätzmittel so bestimmt, dafs beide Fälle als artefakt bezeichnet werden müssen. Im dritten Falle (Nr. 389) ist nie Gonorrhoe vorhanden gewesen. Es handelt sich um eine Ätzstriktur, welche sich im Anschlufs an Kauterisation der Urethra posterior nach Lallemand ausgebildet hat.

F. Th., Geistlicher, 65½ Jahre, stellte sich den 10. Febr. 1897 vor. Seit 24 Jahren verheiratet, 3 Kinder. Seit ca. 15 Jahren besteht Dysurie, d. h. vermehrte Miktionsfrequenz, schlechter Strahl, kleine Portionen, Nachträufeln. Diese Erscheinungen nahmen stets zu. Zur Zeit uriniert Patient tagsüber ca. 8 mal, nachts 3—4 mal; dabei etwas Brennen. Pat. giebt an, dafs er im Jahre 1873 wegen krankhafter Pollutionen in Utznach (vergl. Kaufmann, Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre, pag. 150) nach Lallemand in der Urethra mit Arg. nitr. in Substanz und mit andern Ätzmitteln kauterisiert worden sei, und zwar zu wiederholten Malen. Er sei damals schon darauf aufmerksam gemacht worden, dafs event. eine Striktur entstehen könnte (!!!). Pat. hat nie Gonorrhoe gehabt, hat vor der Verheiratung überhaupt nie koitiert. — Status: Gesund aussehender, kräftiger Mann. Äufsere Genitalien normal. 14½ cm ab orif. ext. findet sich eine sehr derbe Striktur, welche für Nr. 13 (elast.) eben noch permeabel ist. Prostata bilateral vergröfsert, tief hinunter reichend. Beide Lappen derb und hart, druckdolent, nicht ausdrückbar. Urin in allen 3 Gläsern diffus getrübt, filamenthaltig; Albumen in Spuren. Mikroskopisch Leukocyten, viele Saprophyten, keine Gonokokken. — Diagnose: Strictura urethrae part. membr. ex cauterisatione. Hypertrophia prostatae bilateralis. Cystitis chronica. Beginnende Atonie der Blase. — Therapie: Sondendilatation Nr. 25—30 (Metall); Instillationen, Blasenspülungen. — Heilung.

In der Ätiologie der spastischen Strikturen spielt die nervöse Veranlagung eine wichtige Rolle. Bei den 2 Fällen, die hierher zu rechnen sind, ist Gonorrhoe jedesmal auszuschliefsen. Im einen Falle wird eine Erkältung, im andern Falle frühere Masturbation verantwortlich gemacht. Einmal ist hochgradige Hyperästhesie der Harnröhre vorhanden, einmal krankhafte Pollutionen und Defäkationsspermatorrhoe.

Die Gicht als Ätiologie für Strikturen ist nicht allgemein anerkannt. Unter unsern 400 Fällen habe ich jedoch 3 Fälle als urische Strikturen ansprechen müssen. In allen 3 Fällen besteht ausgesprochene Arthritis urica. Allerdings haben 2 Fälle in früheren Jahren Gonorrhoe durchgemacht, der eine vor 20, der andere vor 28 Jahren. Bei beiden soll die Gonorrhoe glatt geheilt sein.

Fall Nr. 393: W. H., Maler, 38 Jahre, stellte sich am 13. Mai 1892 vor. Anamnese: Erste und einzige Gonorrhoe 1872/73. Injektionen, Dauer ca. 1/2 Jahr; soll ganz geheilt sein. Seit 1877 verheiratet, hat 6 Kinder. Frau gesund. Seit ca. 1 Jahr nimmt Patient sein gegenwärtiges Leiden wahr: Bei Erektionen jeweilen heftige Schmerzen, die stets an gleicher Stelle dicht hinter der Eichel lokalisiert sind. Seit ca. 4—5 Monaten bemerkt Pat. aufserdem, dafs bei der Erektion der Penis hinter der Eichel dorsalwärts geknickt erscheint (genau entsprechend der dolenten Stelle). In schlaffem Zustand des Gliedes fühlt Pat. nur bei stärkerem Druck an der genannten Stelle etwas Schmerzen. Bis jetzt innere Medikation (Jodkali) und Salben. Seit 5 Jahren leidet Pat. an manifester Gicht (Metatarso-phalangeal-Gelenk der grofsen Zehe l.). — Status: Korpulenter, gesund aussehender Mann. Hochgradige Varicen des rechten Unter- und Oberschenkels. Der Penis ist klein, das orif. urethr. ext. eng. Die Testikel sind normal. Für dünne Explorativsonden besteht kein eigentliches Hindernis; doch lassen sich mit stärkeren Sonden in der pars cavernosa zwei derbere und resistentere Stellen der Wand nachweisen. Nr. 22 und 24 (Metall) sind noch einführbar und verursachen heftige Schmerzen. Endoskop: Colliculus etwas vergröfsert; in der pars cavernosa diverse weifse Stellen. — Diagnose: Periurethritis urica (Strictura incipiens). Chorda penis. Arthritis urica. — Therapie: Sondendilatation Nr. 24—33 (in unmittelbarem Anschlufs an die erste Sondierung typ. Gichtanfall). Endoskopische Bepinselung. — Heilung.

Fall Nr. 394: J.-St. C., Fabrikant, 43 Jahre, stellte sich am 25. Jan. 1898 vor. Anamnese: Pat. hatte vor ca. 28 Jahren einmal Gonorrhoe; Injektionen; vollständige Heilung. Seit 1878 ist Pat. verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Seit etwas mehr als einem Jahr leidet Pat. an Strangurie und Dysurie bei klarem Urin. Mehrfache Behandlung. Pat. leidet an typischer Gicht (Zehe und Knie), hat Gichtknoten an den Ohren und am linken kleinen Finger. — Status: Hagerer, nervöser Mann. Äufsere Genitalien normal. In der Tiefe von 16 cm, von der pars membr. bis in die p. prost. ist der Sondenkontakt äufserst schmerzhaft und das Gewebe derb. Der Colliculus fühlt sich als derber Knopf an. Prostata normal. Endoskop: Colliculus dunkelrot, fast bläulich, bedeutend vergröfsert. Vor demselben einige weifsnarbige Stellen. Vordere Urethra normal. — Diagnose: Urethritis und Periurethritis urica (Strictura incipiens). Arthritis urica. — Therapie: Sondendilatation Nr. 28—30 (Metall); Endoskop. Bepinselung (20 % Arg. nitr.). — Heilung.

In diesen beiden Fällen ist trotz der früher durchgemachten Gonorrhoe die urische Diathese als ätiologisches Moment der Striktur angenommen, da jedesmal bei längst (vor 20 resp. 28 Jahren) ausgeheilter unkomplizierter Blennorrhoe die Striktursymptome erst mit dem Überhandnehmen des gichtischen Prozesses einsetzen, und da aufserdem im einen (ersten) Falle, im direkten Anschlufs an eine Sondierung, ein heftiger typischer Gichtanfall aufgetreten war. Möglicherweise ist die Annahme gerechtfertigt, dafs die früher durchgemachte Gonorrhoe eine vermehrte Disposition zur gichtischen Erkrankung der Urethra geschaffen hat. Im 3. Falle fehlt die Gonorrhoe

in der Anamnese vollständig; die urische Diathese bildet hier das einzig mögliche ätiologische Moment.

Fall Nr. 395: R. W., Spengler, 48 Jahre, stellt sich am 23. Nov. 1895 zur Behandlung. Anamnese: Pat. hat nie Gonorrhoe gehabt. Seit 8 Jahren verheiratet, hat 2 Kinder. Seit 4 Monaten bemerkt Pat. Brennen beim Urinieren und vermehrte Miktionsfrequenz. Letztere ist seit einer Woche besonders auffallend (tags 2stündl.; nachts 1—2 mal). Seit einem Jahr leidet Patient an Gicht der rechten Ferse und der Zehen. — Status: Korpulenter, gesund aussehender Mann. Äufsere Genitalien normal. Prostata etwas verbreitert. In der Tiefe von 13½ cm stöfst die Explorativsonde auf ein derbes, kurzes Hindernis, das sich nach einigen Versuchen passieren läfst. Dabei hat Pat. intensive Schmerzen. Nr. 24 (Metall) eben noch einführbar. (Gichtanfall nach der Sondierung!) — Diagnose: Urethritis und Periurethritis urica (Strictura incipiens). Arthritis urica. — Therapie: Endoskop. Bepinselung (Arg. nitr., Argentamin). Instillationen. — Heilung mit Kontrolle nach 4 Jahren [1]).

Die Tuberkulose der Urethra ist nicht gerade häufig. Gewöhnlich ist die Erkrankung fortgeleitet, sei es von dem Hoden, der Prostata oder der Blase. Von den 5 Patienten mit tuberkulöser Striktur war einer früher schon wegen Epididymitis tbc. operiert worden; ein anderer litt an ausgedehnter Lungentuberkulose; zwei andere hatten gleichzeitig Tuberkulose der Prostata und der Blase. Gonorrhoe war nur bei einem der Patienten vorhanden gewesen. Die tuberkulöse Natur der Erkrankung entpuppte sich in diesem Falle erst im Verlaufe der Behandlung. Die Gonorrhoe mag auch hier ein begünstigendes Moment gebildet haben, indem sie durch die Entzündung der Harnröhrenschleimhaut den Tuberkelbazillen einen günstigen Boden schuf. Mit den tbc. Strikturen werde ich mich in der Folge nicht mehr weiter beschäftigen, da ich unsere Fälle nicht zu den Strikturen im engeren Sinne rechne. Ich habe dieselben gleichwohl aufgeführt, um zu zeigen, dafs dieTuberkulose der Harnröhre bei der Stellung der Diagnose „Striktur“ stets zu berücksichtigen ist.

II. Diagnose.

Im Begriff „Diagnose“ sind in diesen Untersuchungen alle Angaben rubriziert, welche die Striktur näher präzisieren, sowohl was die Zahl, als den Sitz und die Beschaffenheit der Strikturen anbelangt. Dann sind hier auch die Folge- resp. Begleit-

[1]) Während der Drucklegung dieser Arbeit, 5 Jahre nach seiner Entlassung, stellt sich Pat. wieder vor, da sich die alten Beschwerden wiederum anfangen geltend zu machen.

erscheinungen erwähnt, soweit sie irgendwie mit der Striktur im Zusammenhang stehen.

Bevor ich auf die Ergebnisse meiner Zusammenstellungen eingehe, sind einige kurze Bemerkungen am Platze über die Art und Weise, wie die Untersuchung zur Feststellung der Diagnose vorgenommen wird.

Die Diagnose einer Striktur kann sicher nur durch die Sondenuntersuchung oder vermittelst des Urethroskopes gestellt werden. Es giebt in vielen Fällen natürlich Symptome der verschiedensten Art, welche auf die Diagnose hindeuten; indessen ist auch eine namhafte Zahl von solchen zu verzeichnen, in denen charakteristische Symptome vollständig fehlen, während die Sondenuntersuchung eine deutliche Verengerung festzustellen vermag.

Die Sondierung wird in Rückenlage des Patienten, natürlich nach allen Regeln der Antisepsis, vorgenommen. Vor der Einführung eines jeden Instrumentes wird die Glans, sowie der Meatus, gehörig desinfiziert. Als Sonden werden die Guyonschen Explorativsonden (à boule d'olive) verwendet, und zwar wird Nr. 6—20 der Charrièreschen Skala benutzt. Ich will gleich an dieser Stelle bemerken, dafs, wenn von NNr. der Sonden die Rede ist, sie sich immer auf die Skala von Charrière beziehen. Findet sich eine Striktur, die für die Explorativsonde zu eng ist, so werden successive dünnere Nummern verwendet bis zu den feinsten, haarförmigen („filiformen") Bougies herab, die schliefslich die Striktur passieren. Wird mit der Explorativsonde kein oder nur ein unbedeutendes Hindernis konstatiert, so werden zur sicheren Diagnosenstellung solcher relativen Strikturen starke Sonden verwendet. — Einen wesentlichen Fortschritt in der Diagnosenstellung bildet die Benützung des Urethroskopes, indem erst durch dieses die Striktur zur Verifikation auch dem Auge zugänglich gemacht wird. Tatsächlich kommen Fälle vor, bei denen nur durch das Endoskop eine sichere Diagnose ermöglicht wird, so z. B. bei der beginnenden Striktur, der Striktur im Stadium der Periurethritis, welche sich lediglich durch Klaffen der Zentralfigur kennzeichnet. Normaler Weise erscheint nämlich im Endoskop das Lumen der Harnröhre durch Faltung der Schleimhaut geschlossen. Durch ein periurethrales Infiltrat wird die Elastizität der Urethralwände herabgesetzt, was sich durch ein Klaffen des Lumens, d. h. der Zentralfigur, äufsert. Diese Fälle werden in dieser Arbeit als Strictura urethrae incipiens aufgeführt. Ihre frühzeitige Diagnose ist deshalb wichtig, weil sie

einer erfolgreichen Behandlung sehr zugänglich sind. Unter den traumatischen Strikturen sind 2 Fälle, in denen mit Hilfe des Endoskopes Seidenligaturen, herrührend von früherer Urethrorraphie, erkannt und entfernt wurden. Auch in der Behandlung der Strikturen spielt das Endoskop eine gewisse Rolle. In diesen Zusammenstellungen sind die endoskopischen Befunde jeweils als Ergänzung der Diagnose aufgeführt worden.

1. Zahl der Strikturen.

Was die Zahl der Strikturen anbetrifft, so wurden bei 400 Fällen 464 Strikturen gefunden, und zwar:

Einfache Strikturen:	342 mal	= 85,5 %
Zweifache Strikturen:	52 „	= 14,5 „
Dreifache Strikturen:	6 „	

Es ergiebt sich hieraus, dafs in der grofsen Mehrzahl der Fälle nur eine Striktur vorhanden ist. Bei den 400 Fällen finden sich nur in 58 Fällen multiple Verengerungen bei demselben Individuum. Diese Zahl stimmt ungefähr mit der von Thompson notierten überein. Bei 270 post mortem untersuchten Individuen fand letzterer 320 Strikturen, und zwar:

Einfache Strikturen:	226 mal	= 83,7 %
Zwei- oder dreifache Strikturen:	44 „	= 16,3 „

Mehr als 3 deutlich voneinander getrennte Verengerungen kann auch er nicht konstatieren. Schon J. Hunter[1]) stellte fest, dafs gewöhnlich nur eine einzige Verengerung sich bei einem Patienten zu finden pflegt. Ebenso hält Voillemier[1]) eine einfache Striktur für das häufigste Vorkommnis; seltener sind 2, noch seltener 3; mehr als 3 kommen nach Voillemier nicht vor. Martens hat für das Material der Königschen Klinik ähnliche Zahlen aufgestellt. Bei 206 Patienten fand er 222 Strikturen:

Einfache Strikturen:	191 mal	= 92,72 %
Zweifache „ :	14 „	= 7,28 „
Dreifache „ :	1 „	

Dafs hier der Prozentsatz der einfachen Strikturen etwas gröfser ist als bei unserm Material, mag seinen Grund darin haben, dafs beim Königschen Material bedeutend mehr traumatische Strikturen vorhanden sind (22,33 %) als bei unseren Fällen (3 %); denn die

[1]) Aus Eulenburgs, Encyklopädie: Harnröhrenverengerungen von Paul Güterbock.



traumatischen Strikturen sind wohl immer nur einfach. Zu wesentlich anderen Zahlen kommt Desnos: bei seinen 500 Fällen findet er in 245 Fällen, also bei 49 %, multiple Strikturen.

2. Sitz der Striktur.

Als Sitz der Striktur sind bevorzugt die pars bulbosa und die pars membranacea; dann folgt die pars cavernosa sive pendula, endlich die pars glandularis. Nur äufserst selten findet die Lokalisation in der pars prostatica statt.

Die 464 Strikturen unserer Fälle verteilen sich folgendermafsen:

1.	pars membranacea	= 259	=	55,82 %
2.	„ bulbosa	= 125	=	26,94 „
3.	„ bulbosa/membran.	= 29	=	6,25 „
4.	„ pendula s. cavernos.	= 41	=	8,84 „
5.	„ glandularis	= 6	=	1,29 „
6.	„ prostatica	= 4	=	0,86 „

Die unter 3. aufgeführten Strikturen befinden sich am Übergang der pars bulbosa in die pars membranacea. Wenn wir 1, 2 und 3 zusammenfassen, so ergeben sich für pars membr. und pars bulb. 89,01 %, für den übrigen Teil der Urethra 10,99 % der Strikturen.

Dittel bemerkt über den Sitz der Strikturen: „Unter allen Stellen ist nach meiner Erfahrung der bulbus die bevorzugteste und da wieder insbesondere die hintere Hälfte und der Anfang des häutigen Teils.“ Nach seinen Untersuchungen kommen 70 % auf diesen Teil der Urethra; 30 % auf die anderen Abschnitte. Von diesen 30 % fallen 10 % auf die Navicula. Desnos äufsert sich über den Sitz folgendermafsen: „Dans presque tous mes cas, le cul de sac en était le siège. 15 exceptions sont des cas de rétrécissements traumatiques.“ Nach Phillips[1]) ist die Lokalität am häufigsten in der pars membranacea und zwar im vorderen Teil, bezw. in dem vor dem oberen Blatt der tiefen Dammfascie (lig. triangulure) gelegenen Abschnitt derselben und dem Übergang der pars bulbosa in diesen.

Mafsgebende Zahlen über den Sitz der Striktur hat Thompson aufgestellt aus den Befunden seines post mortem untersuchten Materials. Seine Zahlen dürfen als grundlegend gelten. Er unterscheidet für den Sitz der Striktur 3 verschiedene Regionen:

[1]) Aus Eulenburgs Encyklopädie: Harnröhrenverengerungen.



I. Übergang von der pars bulb. in die pars membr. in der Ausdehnung von 1″ (engl.) vor diesem Übergang bis $^{3}/_{4}$″ (engl.) hinter demselben.

II. Pars spongiosa.

III. Orificium externum und die nächsten $2^{1}/_{2}$″ (engl.) hinter demselben.

Nach seinen Untersuchungen verteilen sich die 320 Strikturen, die er bei 270 Obduktionsfällen gefunden hat, wie folgt:

Regio I 215 = 67 %
Regio II 51 = 16 „
Regio III 54 = 17 „

Wie aus dem Vergleich mit den von uns erhaltenen Zahlen zu ersehen ist, ergiebt sich für unsere Fälle ein noch häufigeres Vorkommen in der pars membr. und bulbosa. Wenn man die gleiche Einteilung anwenden wollte, so müfste ich von unseren Fällen 89,01 % in die Regio I setzen, also ca. 22 % mehr als Thompson gefunden hat. Noch abweichendere Zahlen hat S. W. Grofs[1]) gefunden. Seine Untersuchungen beziehen sich auf 100 Patienten mit 173 Strikturen. Es handelt sich wie bei uns um Untersuchungen am Lebenden. Seine Resultate sind folgende:

Regio I 76 = 43,93 %
Regio II 48 = 27,74 „
Regio III 49 = 28,32 „

Bezüglich dieser Zahlen ist zu bemerken, dafs es sich bei uns um ein 4 mal gröfseres Material handelt, und dafs bei unseren Fällen der Sitz der Striktur meist mit dem Endoskop sicher gestellt worden ist. Martens schliefst sich den Resultaten von Thompson im grofsen ganzen an, ohne jedoch bestimmte Zahlen anzugeben. — Das Vorkommen einer Striktur, speziell einer gonorrhoischen, in der pars prostatica wird nicht allgemein anerkannt. Dittel stellt ein solches direkt in Abrede, und auch Thompson hat nie eine Striktur der pars prostatica nachweisen können. Er gibt allerdings zu, dafs offenbar sichere Fälle von Rabitsch und Mastin beobachtet worden seien. Immerhin dürfte das Vorkommen einer gonorrhoischen Striktur in der pars prostatica sehr selten sein. Von unseren 4 Strikturen der pars prostatica ist die eine (Nr. 383) kongenital, eine Faltenstriktur infolge Hypertrophie der Raphe und

[1]) Aus Eulenburgs Encyklopädie: Harnröhrenverengerungen.



der Colliculi. In 2 Fällen war die Verengerung bedingt durch Tuberkulose der pars prostatica. In Fall Nr. 299 hingegen ist die Striktur der pars prostatica ohne Zweifel gonorrhoischer Natur.

Fall Nr. 299: W. E., 40 J., Wirt, trat am 5. Juni 1900 in Behandlung. Anamnese: Erste Gonorrhoe vor 20 J. Pat. machte Injektionen. Es trat rasch Heilung ein. Vor 5 J. letzte Gonorrhoe; Injektionen. Keine vollständige Heilung. Seit 6—8 J. bestehen Beschwerden beim Urinieren, fauler Strahl und lange Dauer der Miktion. Seit 2—3 Monaten näfst Pat. die Hosen; der Urin träufelt fast beständig (Inkontinenz). — Status: Pat. uriniert in stecknadeldickem, stets unterbrochenem Strahle; seine Hose ist beständig nafs. Im l. Nebenhoden fühlt man eine Schwiele. Explorativsonde Nr. 8 passiert 11 resp. 19 cm hinter dem Meatus je eine derbe, kurze und höckerige Striktur. Dickere Knopfsonden gehen nicht durch, wohl aber elast. konische Bougies bis Nr. 13. Die Blase ist leer. Prostata bilateral etwas vergröfsert. Der r. Lappen von gleichmäfsiger Konsistenz, der linke unregelmäfsig derb. Endoskopisch: Beide Strikturen als weifses, unebenes, höckeriges Narbengewebe mit tiefen Furchen erkennbar. Die hintere Striktur liegt dicht vor dem Blaseneingang, Blasenschleimhaut dazwischen sichtbar. — Diagnose: Strictura urethrae gonorrhoica duplex part. pendulae et partis prostaticae. Incontinentia urinae (infolge Schädigung des Schliefsapparates durch die Striktur der pars prostatica). — Therapie: Meatotomie; Sondendilatation Nr. 3—15 (elast). Nr. 15—30 (Metall). — Resultat: Geheilt entlassen, keine Inkontinenz mehr. Nach $1^1/_2$ J. leichtes Rezidiv.

Im vorliegenden Falle handelt es sich also unzweideutig um eine gonorrhoische Striktur der pars prostatica, die auch durch den endoskopischen Befund festgestellt ist. Interessant ist die Thatsache, dafs diese Striktur zu Inkontinenz geführt hat. Nach dreiwöchentlicher Behandlung (Dilatation bis Nr. 30) ist die Inkontinenz vollständig verschwunden. — Folgende Tabelle soll noch eine Übersicht geben über die Beziehungen zwischen Ätiologie und Sitz der Strikturen.

Ätiologie	Pars membr. u. bulb.	Pars cavernosa	Pars glandularis	Pars prostatica	Total
Gonorrhoische Strikturen	387	36	1	1	425
Traumatische "	14	1	—	—	12
Kongenitale "	6	1	4	1	12
Artefakte "	2	1	1	—	4
Spastische "	2	—	—	—	2
Urische "	2	2	—	—	4
Tuberkulöse "	3	—	—	2	5
	413	41	6	4	464

3. Beschaffenheit der Striktur.

Im Nachfolgenden beschränke ich mich auf das, was makroskopisch durch das Endoskop und aufserdem durch die Sondenuntersuchung konstatiert wurde. Eine diesbezügliche Analyse der vielen Fälle kann auch Anhaltspunkte ergeben über die Art und Weise, wie eine Striktur sich entwickelt, speziell die gonorrhoische; denn bei der traumatischen ist die Art und Weise ihres Zustandekommens ohne weiteres klar. Gewöhnlich handelt es sich bei der ersteren um chronisch verlaufende Gonorrhöen. Aus der Entzündung der Harnröhre resultiert eine Infiltration der Schleimhaut, die in der Folge auch auf die umgebenden Gewebe übergreift. Was das auslösende Moment für diese zirkumskripte Infiltration bildet, ist nicht klar festgestellt; denn wie viele chronisch verlaufende Gonorrhöen bleiben ohne Strikturbildung! Vielleicht spielen hier unbedeutende Traumen eine gewisse Rolle. Es kommt zu einer Periurethritis, die Harnröhrenwand büfst ihre Elastizität mehr oder weniger ein, das Lumen der Urethra wird unregelmäfsig und klaffend. In dieser Weise dokumentiert sich das Anfangsstadium einer Striktur. Ich habe diese Fälle als „Strictura incipiens“ bezeichnet. Die Folge der Infiltration ist eine langsame Bindegewebsentwicklung, die Neigung zu narbiger Schrumpfung zeigt. Im Stadium der Bindegewebsentwicklung bezeichnet Dittel die Strikturen als „kallös“. Aus der kallösen Striktur entwickelt sich späterhin durch fortschreitende Narbenbildung die sog. Schwundstriktur. Doch scheint dieser Übergang in derbes Narbengewebe nicht sehr rasch vor sich zu gehen. Nach Dittel soll eine Striktur die Eigenschaft einer unheilbaren Schwundstriktur nicht vor 15—20 Jahren annehmen. Je nach der Bindegewebsentwicklung und je nach der fortschreitenden Vernarbung kann natürlich eine Striktur die verschiedensten Formen aufweisen. Sie kann nur auf einen Teil der Wand beschränkt oder zirkulär sein; in vielen Fällen ist vorzugsweise die untere Wand ihr Sitz. Sie kann kurz oder lang, elastisch oder derb sein; zuweilen ist sie so hart, dafs beim Passieren der Sonde ein völliges Knirschen entsteht. Von grofser Wichtigkeit ist sodann der Grad ihrer Permeabilität. Es gibt Strikturen, die nur für filiforme Sonden durchgängig sind, während andere erst für starke Sonden fühlbar werden. Diese letzteren werden als relative Strikturen bezeichnet. Dann gibt es Verengerungen, die bei der Sondierung äufserst schmerzhaft sind, während andere indolent erscheinen. Während einzelne Strikturen breit und massig

sind, bilden andere dünne Klappen oder Briden. Nach den endoskopischen Befunden bilden die einen gleichmäſsig weiſse, glänzende Narben, die zuweilen unregelmäſsig ins Lumen vorspringen, während bei anderen die Schleimhaut ein gestreiftes Aussehen zeigt. Hier bildet die Striktur eine glatte, weiſse Falte, dort ein höckeriges, prominentes Infiltrat. Interessant sind die endoskopischen Befunde bei den traumatischen Strikturen Nr. 366 und Nr. 367.

Fall Nr. 366: B. A., 30 J., stellt sich am 7. Febr. 1888 zur Behandlung. Vor $2^1/_2$ Monaten ist auswärts im Anschluſs an eine Zerreiſsung der Urethra die Urethrorrhaphie gemacht worden. Bei seinem Eintritt wird folgender endoskopische Befund notiert: „Im Anfangsteil der pars membranacea findet sich eine weiſslich erscheinende Narbe. Entsprechend dieser Narbe finden sich 2 schneeweiſse, quer verlaufende, schmale Stellen mit je einer Verdickung.“ Diese beiden Stellen entsprechen je einer Seidenligatur, an der sogar der Knopf deutlich sichtbar ist. — Die Seidenligaturen werden dann im Endoskop entfernt. Sondendilatation. — Heilung.

Fall Nr. 367: Sch. Fr., 24 J., trat am 28. Mai 1888 in Behandlung. Pat. hatte sich vor 10 J. eine Ruptur der Urethra zugezogen, weshalb er damals urethrotomiert wurde. In der Folge entwickelt sich eine Striktur. Vor einigen Monaten acquiriert Pat. eine Gonorrhoe. Es kommt zu einer Fistelbildung. Die Fistel wird exzidiert und die Urethrorrhaphie vorgenommen (vor 3 Monaten). Der endoskopische Befund bei der Aufnahme ist folgender: „In der Gegend der Narbe in der pars membranacea findet sich ein ins Lumen vorspringender Granulationspfropf, auf welchem eine Seidensutur aufsitzt.“ — Die Ligatur wurde entfernt und der Granulationspfropf galvanokaustisch zerstört. Sondendilatation. — Heilung.

Die kongenitalen Strikturen sind gewöhnlich Faltenstrikturen, abgesehen von den angeborenen Verengerungen am Meatus. Diese klappenförmigen Strikturen zeigen die Eigenschaft, daſs sie bald nur für dicke, bald nur für dünne Sonden permeabel sind.

Bei den urischen Strikturen handelt es sich in allen 3 Fällen um periurethrale Infiltrate als Folge urischer Diathese (Periurethritis urica).

4. Begleiterscheinungen und Komplikationen.

Als solche seien hier alle diejenigen Erscheinungen genannt, die in unseren Fällen als Nebenbefunde bei der Diagnosenstellung notiert wurden:

A. Nebenbefunde, die in ätiologischer Hinsicht für die Striktur von Bedeutung sind, wie z. B. Hypospadie u. s. w. für kongenitale oder Arthritis urica für die urischen Strikturen.

Kongenitale Bildungsanomalien habe ich in 17 Fällen vorgefunden, und zwar:

Phimosis	: 7 mal
Hypospadie	: 7 „
Mehrfacher Meatus	: 3 „

Solche Anomalien sind auch bei der Behandlung der Strikturen von Bedeutung, da sie gewöhnlich mit einer abnormen Enge des orificium ext. verbunden sind.

Arthritis urica war in 4 Fällen vorhanden.

B. Nebenbefunde, die als Folgeerscheinungen bezw. Komplikationen zu betrachten sind. Unter den 400 Fällen finden sich nur 83, bei denen jede Begleiterscheinung der Striktur fehlt. In 317 Fällen wird bei der Diagnosenstellung wenigstens eine der im folgenden aufgeführten Erkrankungen, bezw. Komplikationen, nachgewiesen:

a) Urethra und Prostata.

Urethritis	200
Periurethritis	
α) periurethr. Infiltration	35
β) Abscefsbildung	7
Cowperitis purulenta	1
Papilläre Wucherungen an der Strikturstelle	3
Urethralsteine	1
Urethralfisteln	7
Fausse-route	2
Prostatitis	29

Die Urethritis findet sich also in der Hälfte der Fälle. Dabei ist natürlich zu unterscheiden zwischen denjenigen Formen, die noch im Anschlufs an eine akute Gonorrhoe bestehen, und denjenigen, die als Folgeerscheinung der Striktur, als retrostrikturaler Katarrh, sich erst sekundär entwickelt haben.

b) Blase.

Cystitis	53
Urethrocystitis	18
Atonie der Blase	9
Oedema bullosum	1
Blasensteine	2

c) Nieren und Nierenbecken.

Nephritis chronica	2
Pyelonephritis	1
Pyelocystitis	3
Nierensteine	2

d) Funktionelle Störungen.

Enuresis	:	1
Inkontinenz	:	2
Impotenz	:	4
Chorda penis	:	1
Spermatorrhoe	:	8
Krankhafte Pollutionen	:	3
Oligozoospermie	:	5
Azoospermie	:	7

Bei den Fällen mit Azoospermie oder Oligozoospermie läfst sich in der Anamnese stets ein- oder doppelseitige Epididymitis nachweisen.

e) Nervöse Erscheinungen.

Hypochondrie u. Neurasthenie	:	7
Hyperästhesie der Urethra	:	1
Phosphaturie	:	6

f) Verschiedenes.

Varikocele	:	1
Hämorrhoiden	:	2
Malaria	:	2
Hypertrophia prostatae	:	13

Bei den beiden malariakranken Strikturierten erscheint der Umstand bemerkenswert, dafs bei beiden Patienten während der Behandlung Fieber auftrat. Der eine hatte nach einer Sondierung einen typischen Malariaanfall (vgl. als Analogon hierzu das Einsetzen eines typ. Gichtanfalles im Anschlufs an die Sondierung von urischen Strikturen Seite 530). Beim andern traten mehrmals Schüttelfröste auf. Es darf wohl angenommen werden, dafs beide Patienten durch die Malaria zu Fieber mehr geneigt waren, als andere. In 13 Fällen bestand neben der Striktur eine Prostatahypertrophie. Auch dieses Vorkommnis dürfte speziell noch hervorzuheben sein, da bekanntlich von verschiedenen mafsgebenden französischen Autoren die Koinzidenz von Prostatahypertrophie und Striktur in Abrede gestellt wurde. Diese 13 Fälle dürften nun beweisend genug sein dafür, dafs eine solche Annahme unrichtig ist. Übrigens bemerkt auch Desnos, dafs bei Greisen zuweilen eine Striktur vorkomme „coincidant parfois avec une hypertrophie prostatique“.

Es ist von einschneidender Bedeutung, bei der Stellung der Diagnose „Striktur“ gleichzeitig alle vorkommenden Neben-

erscheinungen genau ins Auge zu fassen, namentlich die sekundären Veränderungen der oberen Harnwege. Der Urin mufs daher einer chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung unterzogen werden. Solche sekundären Erkrankungen können, wie wir später sehen werden, selbst die unblutige und schonende Sondenbehandlung ausnahmsweise zu einer gefahrvollen machen. Fälle, in denen nach Sondierung Exitus letalis eingetreten ist, haben auch wir zu verzeichnen.

III. Symptomatologie.

Es ist eine bekannte Thatsache, dafs eine Striktur ziemlich hochgradig sein kann, ohne den Patienten nennenswert zu belästigen. Die betreffenden Individuen bemerken wohl eine Abnahme der Intensität des Strahles und seiner Projektion, ohne dadurch belästigt zu werden. In solchen Fällen sind es gewöhnlich erst sekundäre Erscheinungen, wie Harnverhaltung, Cystitis etc., welche die Patienten zum Arzte führen. Die Striktursymptome stehen hier in keinem Verhältnis zum Grade der Striktur. — Von den 400 Fällen sind es 163, bei denen in den Krankengeschichten nichts Näheres über die Symptome bemerkt ist, sei es dafs die Striktur nur zufällig als Nebenbefund entdeckt wurde, sei es dafs die Patienten wegen anderweitiger Erkrankungen in Behandlung traten. In 26 Fällen fehlen jegliche Angaben. In 124 Fällen war es eine chronische Urethritis bezw. ein retrostrikturaler Katarrh, welche die Kranken zu uns führten; 5 Fälle wurden wegen Cystitis zugeschickt; 1 Fall kam mit der Diagnose Prostatitis; 3 wegen krankhafter Pollutionen oder Spermatorrhoe; 1 wegen Kondyloms; 1 wegen Bubo inguinalis; 1 wegen Varikocele; 1 wegen Chorda penis; endlich findet sich ein Fall notiert, der wegen wiederholter Blutungen beim Urinieren unsere Hilfe in Anspruch nahm. — In 236 Fällen werden bestimmte Angaben über die Dauer der Striktursymptome und die Art derselben gemacht. Die Symptome beziehen sich in erster Linie auf Veränderungen der Harnentleerung, zum Teil auch auf Beeinträchtigung der geschlechtlichen Funktionen. Beim Urinieren mufs der Patient drängen und drücken; er mufs lange stehen, bis der Strahl erscheint. Das Miktionsbedürfnis setzt häufiger ein, als normal. Die auf einmal gelassene Urinmenge ist entsprechend kleiner. Der Strahl selbst zeigt charakteristische Veränderungen: seine Projektion ist herabgesetzt; er ist dünn, oft kork-

zieherartig gewunden oder auch zerteilt. Am Schlufs der Miktion tritt meist Nachträufeln auf. Akute Harnverhaltung wird in 35 Fällen konstatiert, 28 mal bei gonorrhoischen, 6 mal bei traumatischen und 1 mal bei kongenitalen Strikturen. — Was die geschlechtlichen Funktionen anbetrifft, so finden sich Angaben über Abnahme der Potenz, mangelhafte oder schmerzhafte Erektion, unvollständige (Regurgitieren) oder schmerzhafte Ejakulation etc. Hier möchte ich auch die Thatsache erwähnen, dafs bei 3 Strikturierten, die schon mehrere Jahre in steriler Ehe gelebt hatten, nach der Dilatation Gravidität der Frau eintrat. — Aus den Angaben über die Dauer der Striktursymptome habe ich versucht Anhaltspunkte zu erhalten über das Auftreten der Striktur nach Einwirkung des ätiologischen Momentes. Die beginnende Striktur macht sehr wenig Symptome, wenn es sich nicht, wie bei den Verletzungen, um ausgedehnte Zerstörungen und Kontinuitätstrennungen der Harnröhre handelt. Wenn einmal bei der gonorrhoischen Striktur Symptome auftreten, so hat sie gewöhnlich schon ihr erstes Stadium hinter sich. Um zu zeigen, wie lange Zeit es manchmal dauern kann, bis eine gonorrhoische Striktur sich bemerkbar macht, sind diejenigen Fälle zusammengestellt, bei denen die Symptome erst 20 Jahre und noch länger nach der letzten gonorrhoischen Infektion aufgetreten sind. Nach Dittel entwickelt sich die Striktur immer direkt im Anschlufs an die Gonorrhoe. Die nachstehend aufgeführten Fälle sind also ein neuer Beweis für die bei einzelnen Fällen aufserordentlich langsame Entwicklung der Striktur:

Nr.	Name	Alter	Ätiologie	Dauer der Striktursymptome
1	C. C.	48	Letzte Gonorrhoe vor 25 J.	Seit 5 J.
2	B. Th.	69	In der Jugend einm. Gonorrhoe	„ 4—5 J.
3	E. T.	55	In der Jugend Gonorrhoe	„ 8—10 J.
4	R. v. S.	60	Vor 30—35 J. Gonorrhoe	„ 6—8 J.
5	H. J. C.	48	Vor 26 J. Gonorrhoe	„ 3—4 Mon.
6	M. K.	58	I. d. Jug. diverse mal Gonorrhoe	„ 5 J.
7	M. G.	51	Vor 30 J. Gonorrhoe	„ 3—4 J.
8	M. A.	56	Vor 30 J. Gonorrhoe	„ 1 J.
9	H. G.	57	Vor 30 J. Gonorrhoe	Bis vor 3 Tag. nie Urinbeschw.
10	Ch. Ch.	54½	Vor 30 J. letzte Gonorrhoe	Seit 3 J.
11	S. W.	51	Vor 25 J. letzte Gonorrhoe	„ 5—6 J.
				(Damals plötzl. Retention)
12	Sch. C.	46	Vor 24 J. Gonorrhoe	Seit ¾ J.
13	R. J.	52	I. d. Jug. mehrmals Gonorrhoe	„ 3 J.

Nr.	Name	Alter	Ätiologie	Dauer der Striktursymptome
14	X. Y.	42	Vor 23 u. 25 J. je eine Gonorrhoe	Seit 2 J.
15	V. C.	57	Vor 37 J. einzige Gonorrhoe	„ $^1/_2$ J.
16	R. H.	71	Vor 50 J. einzige Gonorrhoe	„ 15 J.
17	P. J.	65	In der Jugend Gonorrhoe	„ 1 J.
18	M. D.	51	Vor 36 J. einzige Gonorrhoe	„ $1^1/_2$ J.
19	St. F.	72	Vor 40 J. Gonorrhoe	„ 20 J.
20	H. G.	$73^1/_2$	In der Jugend einm. Gonorrhoe	„ 1—2 J.
21	P. H.	52	Vor 35 J. Gonorrhoe	„ 5 J.
22	F. J.	48	Vor 30 J. Gonorrhoe	Seit einigen Jahren

Diesen Fällen stelle ich jene gegenüber, bei denen schon wenige Monate nach der Gonorrhoe eine deutliche Striktur zu konstatieren war, um zu zeigen, dafs die Strikturentwicklung thatsächlich auch gleich im Anschlufs an die Gonorrhoe beginnen kann. Es kommen hier natürlich nur diejenigen Fälle in Betracht, bei denen es sich um die erste Gonorrhoe handelt, da bei mehrmaliger Infektion es schwer wäre zu entscheiden, welche von den verschiedenen Infektionen das ätiologische Moment gebildet hat.

Nr.	Name	Alter	Ätiologie	Dauer der Strikturaymptome
1	S. F.	21	Vor 5—6 Mon. Gonorrhoe	Im Anschlufs a. d. Gonorrhoe
2	L. M.	18	Vor 7 Mon. Gonorrhoe	id.
3	St. Ch.	22	Vor 2 Mon. Gonorrhoe	Kommt wegen Urethritis
4	V. F.	23	Vor 5 Mon. Gonorrhoe	Im Anschlufs a. d. Gonorrhoe
5	L. Ch.	26	Vor 10 Mon. Gonorrhoe	Seit 1 Monat
6	W. H.	22	Vor 5 Wochen Gonorrhoe	Einige Tage
7	R. E.	27	Vor 5 Mon. Gonorrhoe	id.
8	B. H.	26	Vor 4 Mon. Gonorrhoe	Kommt wegen Urethritis
9	G. H.	24	Vor 3 Mon. Gonorrhoe	id.
10	W. A.	21	Vor 10 Mon. Gonorrhoe	id.
11	W. G.	30	Vor 8 Mon. Gonorrhoe	id.
12	B. J.	22	Vor 7 Mon. Gonorrhoe	id.
13	v M. E.	18	Vor 4 Mon. Gonorrhoe	id.
14	Sch. J.	23	Vor 4 Mon. Gonorrhoe	id.
15	L. C.	21	Vor 4 Mon. Gonorrhoe	id.
16	P. H.	20	Vor 3 Mon. Gonorrhoe	Seit 8 Tagen
17	H. M.	24	Vor 5 Mon. Gonorrhoe	Kommt wegen Urethritis
18	L. G.	31	Vor 3 Mon. Gonorrhoe	id.
19	A. E.	26	Vor 4 Mon. Gonorrhoe	Seit einiger Zeit
20	W. E.	30	Vor 4 Mon. Gonorrhoe	Steht weg. Gon. in Behandl.
21	Sch. J.	25	Vor $2^1/_2$ Mon. Gonorrhoe	Kommt wegen Urethritis
22	R. C.	24	Vor 2 Mon. Gonorrhoe	id.
23	K. E.	$22^1/_2$	Vor 2 Mon. Gonorrhoe	Seit einiger Zeit

Wie aus der vorstehenden Tabelle zu ersehen ist, traten von den 23 aufgeführten Fällen die meisten wegen chronischer Urethritis

in Behandlung, und erst die Untersuchung stellte die Striktur fest. Zwischen diesen sehr früh und den oben aufgeführten sehr spät sich bemerkbar machenden Strikturen gibt es natürlich alle möglichen Übergänge. Bei den traumatischen Strikturen handelt es sich in 3 Fällen um frische Verletzungen, die entweder sofort oder kurze Zeit nach dem Trauma in Behandlung kamen. Bei 4 Fällen war früher ein operativer Eingriff vorgenommen worden; zwei davon (Nr. 365 und 373) kamen 3 Monate nach der Urethrotomia externa mit einer Striktur und mit Harnfisteln wieder zur Behandlung; die zwei andern stellten sich 2 resp. 3 Monate nach einer Urethrorrhaphie. In beiden Fällen waren es aufser der Narbe noch Seidensuturen, welche strikturierend auf die Harnröhre wirkten. Bei den fünf andern Fällen von traumatischen Strikturen zeigten sich 3 mal (Nr. 368, 369 und 376) die Strikturs ymptome einige Wochen nach der Verletzung, 2 mal war die Entwicklung der Verengerung eine sehr langsame. Von letzteren traten im einen Falle nach 11—12 Jahren (Nr. 370), im andern Falle (Nr. 376) nach 8 Jahren Striktursymptome auf. — Von den kongenitalen Strikturen machten 8 Fälle erst in späteren Jahren eigentliche Striktursymptome. Von den drei andern Fällen kam einer wegen Pollutionen, einer wegen Blutungen und einer wegen Urethritis zur Untersuchung. — Bei den artefakten Strikturen fehlen in einem Falle Angaben über Striktursymptome; im zweiten Falle traten sie direkt im Anschlufs an das ätiologische Moment (Sublimatinjektion 1 : 1000) auf, während im letzten Falle (Nr. 389) erst 9 Jahre nach Ätzungen der Urethra posterior Striktursymptome sich geltend machten. — Bei den urischen Strikturen dauerten in einem Falle die Symptome $1^1/_4$ Jahr, in einem andern Falle 4 Monate. Der dritte Fall kam wegen Chorda penis in Behandlung.

Was das Alter unserer Patienten anbetrifft, so verteilen sich letztere folgendermafsen auf die verschiedenen Lebensjahre:

Alter der Patienten	Zahl der Fälle
Unter 20 Jahren	12
20—30 Jahre	139
31—40 „	125
41—50 „	59
51—60 „	42
61—70 „	16
Über 70 „	7
	400

Folgende Tabelle giebt einen Überblick über die Beziehungen zwischen Alter und Ätiologie:

Alter	gonorrhoisch	traumatisch	kongenital	artefakt	spastisch	urisch	tuberkulös	Total
Unter 20 Jahren	6	3	2	—	—	—	1	12
20—30 Jahre	130	4	—	2	2	–	1	139
31—40 „	114	1	7	—	—	1	2	125
41—50 „	53	2	1	—	—	2	1	59
51—60 „	38	2	1	1	—	—	—	42
61—70 „	16	—	—	—	—	—	—	16
Über 70 „	7	—	—	—	—	—	—	7
	364	12	11	3	2	3	5	400

Die zwei jüngsten Patienten sind 8 resp. 11 Jahre alt; es handelt sich bei denselben um traumatische Strikturen. Die zwei ältesten Patienten sind je 75 Jahre alt, beide mit gonorrhoischen Strikturen.

(Schlufs folgt im nächsten Heft.)

Zur Behandlung zirkumskripter periurethraler gonorrhoischer Infiltrate mit Röntgenstrahlen.

Von

Dr. **R. Kaufmann** in Frankfurt a. M.

Die Röntgenstrahlen sind heute als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel auch in der Urologie allgemein anerkannt. Therapeutisch sind sie dagegen, soweit uns die Litteratur bekannt ist, bei Harn- und Sexualerkrankungen noch nicht verwertet worden. Versuche, die wir seit längerer Zeit hier im physikalischen Verein machten, und über die wir an anderer Stelle zu berichten uns vorbehalten, veranlafsten uns, die X-Strahlen bei einigen Genitalerkrankungen als therapeutisches Agens anzuwenden. Wir wollen im folgenden über drei Fälle von zirkumskripten periurethralen gonorrhoischen Infiltraten berichten, deren Rückbildung unter dem Einflusse dieser Strahlen stattfand.

Bezüglich der Technik möchten wir folgendes bemerken. Als Stromquelle diente uns eine 6zellige Akkumulatorenbatterie. Zu den 2 ersten Fällen benutzten wir ein Induktorium von 30 cm Funkenstrecke mit Kondensator und Platinunterbrecher von Kaiser und Schmidt, das uns im physikalischen Verein zur Verfügung stand; zu dem 3. Falle stellte uns die hiesige Firma R. Blänsdorf Nachflgr. ein Induktorium von gleicher Funkenstrecke gleichfalls mit Kondensator und Platinunterbrecher zur Verfügung. Die Intensität des Stromes betrug 3—4 Ampère, die Spannung durchschnittlich 7—8 Volt. Als Röhre benutzten wir die Röntgen-Röhre Nr. 3 mit Regenerier-Vorrichtung Nr. 24841 aus der Fabrik von E. Gundelach in Gehlberg. Die Röhren waren mittelweich. Die Expositionsdauer betrug 10—15 Minuten. Wie vergleichende Versuche uns lehrten, ist die Wirkung eine intensivere, wenn man das kranke Objekt 5—6 Minuten von der einen und die übrige Zeit

von der entgegengesetzten Seite her bestrahlt. Bei den ersten Bestrahlungen wandten wir Bleiblenden an, später eine Cylinderblende aus Blei, ähnlich der von Albers-Schönberg[1]) angegebenen. Der Abstand von der Röhre variierte zwischen 10 und 20 cm. Schliefslich benutzten wir und schon beim zweiten Falle einesteils zur Abblendung, dann aber auch, um ein möglichst senkrechtes Auftreffen der Strahlen zu garantieren, eine zylindrische Kartonröhre von 25 cm Länge, 6 cm Durchmesser und einer Wandstärke von ca. 2 mm. Diese wurde zwischen die Crookessche Röhre und die erkrankte Stelle so eingeschaltet, dafs von der am intensivsten leuchtenden Partie der Glaswand die X-Strahlen zentral auffielen. Eine grofse Zahl von Versuchen mit dem Fluoreszenzschirm, sowie zahlreiche vergleichende photographische Aufnahmen ergaben, dafs wir bezüglich der Abblendung und Zentrierung auf diese Weise unser Ziel vollständig erreichten. Den durch die Länge der Kartonröhre bedingten Abstand von 25 cm behielten wir bei allen weiteren Bestrahlungen bei, im Gegensatz zu anderen Röntgenologen, wie z. B. Freund[2]), die einen kürzeren und variabeln Abstand für zweckmäfsiger halten. Bei einem zu kurzen Abstand gehen sehr leicht Funken auf das Glied über, und speziell die oft über 10 cm langen Schamhaare wirken wie eine Funkenstrecke. Wir sahen daher bei unsern ersten Versuchen mehrfach Überspringen von Funken, die vom Patienten sehr unangenehm empfunden wurden.

Im folgenden wollen wir unter Weglassung aller überflüssigen Einzelheiten die Krankengeschichten unserer Patienten wiedergeben.

1. Fall. H. M., Kaufmann, 20 Jahre alt, trat am 19. III. 1902 in meine Behandlung wegen eines seit dem 18. März 1902 bestehenden akuten erstmaligen Trippers. Auf täglich von mir gemachte Injektionen von $^1/_2$—1 $^0/_0$ Albarginlösung verschwand der Ausflufs am 3. Tage vollständig, kehrte aber nach 2 Tagen wieder, um nach Wiederholung der Injektionen am 30. III. wieder vollständig zu verschwinden. Am 1. IV. 02 wieder profuser Ausflufs, der immer stärker wurde, trotzdem ich den Patienten nach der damals gerade erschienenen Vorschrift von Tänzer[3]) eine Lösung von 0,05:200,0 Ichthargan 3stündlich einnehmen liefs. Am 24. IV. 02 Cystitis colli, die durch Morphiumsuppositorien und Fol. Uv. Ursi intern etwas gebessert wurde. Am 28. IV. 02 bemerkte ich auf der Unterfläche des Penis an der Insertionsstelle der Skrotalhaut einen mit der unteren Urethralwand verwachsenen harten ca. bohnengrofsen Knoten; profuser Ausflufs aus der Urethra. Therapie: Injektionen von Kali hypermang

[1]) Die Röntgentechnik (Hamburg 1903), S. 67.

[2]) Grundrifs der gesamten Radiotherapie (Berlin und Wien 1903), S. 203.

[3]) Zur Behandlung der Blennorrhoe. Monatsh. f. prakt. Derm. 34. Bd., S. 331.

0,04:200,0 und Einreiben mit 10 % Ungt. Digitalis sowie heifse Umschläge. Am 2. V. 02 war die Geschwulst gröfser geworden und mit der Skrotalhaut verwachsen. Urin beider Portionen trübe. Aussetzen mit Spritzen, Salol intern. Am 3. V. 02 Behandlung mit Röntgenstrahlen, Exposition 10 Minuten. Am 4. V. 02 bricht die Geschwulst auf und es entleert sich auf Druck eine geringe seröser Flüssigkeit, die einige polynukleäre Leukocyten ohne Gonokokken enthielt. Eiter konnte trotz heftigen Drucks nicht entleert und die Geschwulst nicht verkleinert werden. Am 5. V. 02 war die Wunde von einem festen Schorf bedeckt, die Geschwulst etwas kleiner geworden. Am 8. V. 02 war die Geschwulst erbsengrofs, der Ausflufs unverändert. Am 11. V. 02 Behandlung mit Röntgenstrahlen; Unguentum Digitalis und Kataplasmen fortgesetzt. Am 14. V. 02 war das Infiltrat auf etwa Linsengröfse zurückgegangen. Am 23. V. 02 war noch geringe Infiltration der unteren Urethralwand wahrnehmbar; am 29. V. 02 nichts mehr palpabel. Die Gonorrhoe selbst blieb unbeeinflufst. Der Patient konnte erst Anfang August als vollständig geheilt entlassen werden.

2. Fall. C. Fr., Kommis, 23 Jahre alt, trat am 12. V. 1902 in meine Behandlung wegen einer erstmaligen Gonorrhoea acuta anterior und geringgradiger posterior, seit etwa 14 Tagen bemerkt, bis dahin unbehandelt. Therapie: Balsamica (Santal und Bals. Copaivae). Am 2. VI. 02 stellt sich Patient, der 10 Tage verreist war, mit einem halbkugeligen mit der Unterfläche der Urethra fest verwachsenen, entzündlichen, sehr schmerzhaften, über haselnufsgrofsen Tumor, vor der Insertionsstelle der Skrotalhaut sitzend, vor. Die Haut über der Geschwulst war gerötet, aber leicht verschieblich, Einreiben mit Ungt. Digitalis. Am 6. VI. 02 Behandlung mit Röntgenstrahlen. Dauer der Exposition 10 Minuten. Am 11. VI. 02 Geschwulst nur wenig kleiner geworden, Einreiben mit 33 % Hydr. cum. vasog. parat. Am 18. VI. 02 Geschwulst etwas gröfser, schmerzhaft. Haut ödematös, Aussetzen mit Einreiben. 19. VI. 02 Behandlung mit Röntgenstrahlen. 10 Minuten Exposition. 21. VI. 02 Geschwulst etwas kleiner, statt des bisherigen eitrigen Ausflusses dünnwässeriger. Spritzen mit Zinc. sulf. 0,25 %. Am 24. VI. und 27. VI. 02 Rückgang der Geschwulst nachweisbar. 28. VI. 02 Behandlung mit Röntgenstrahlen und am 9. VII. 02 jedesmal 10 Minuten. Am 18. VII. 02 Geschwulst bohnengrofs. Behandlung mit X-Strahlen und Einreiben mit Hydr. vasog. Am 24. VII. 02 Geschwulst nur noch erbsengrofs und wenig druckempfindlich. Kein Ausflufs, nur lange Fäden im Urin. 2. VIII. 02 Geschwulst nur noch linsengrofs. Behandlung mit Röntgenstrahlen. Expositionsdauer 12 Minuten. Ich sah den Patienten dann erst am 4. IX. 02 wieder. Der Knoten war vollständig verschwunden und ist auch, wie ich mich vor wenigen Tagen überzeugte, nicht mehr fühlbar, trotzdem noch lange Fäden im Urin vorhanden sind. Eine endoskopische Untersuchung wurde verweigert.

3. Fall. H. R., 24 Jahre alt, Kommis, konsultierte mich am 5. V. 1903 wegen einer ganz frischen am 2. V. 03 acquirierten Gonorrhoe. Therapie: Injektionen von Kal. hyp. 0,02 %, die am 17. V. 03 durch eine 0,025 % Ichtharganlösung ersetzt wurden. Am 25. V. 03 Gonorrhoea posterior. In der Urethra Littrésche infiltrierte Drüsen palpabel. Extr. hyoscyami Extr. Cannab. ind. 0,06, 4 mal tgl. Aussetzen mit Spritzen. Am 29. V. 03 etwa 7 cm von

dem Orific. extern. urethrae entfernt ein über erbsengrofses, wie die Untersuchung mit Bougie à boule ergiebt auf das linksseitige Corp. cavern. sich erstreckendes, zirkumskriptes, schmerzhaftes Infiltrat, Urethra selbst nicht verengt. Heifse Kataplasmen. Vorsichtige Injektionen mit Kal. hyp. 0,02 %. Am 31. V. 03 bemerkt Patient, dafs eine gröfsere Eitermenge weggeht, und dafs die Geschwulst, die ständig wächst, etwas kleiner geworden ist. 6. VI. 03 Geschwulst gröfser geworden, infiltriert auch die untere Harnröhrenwand. Profuser grüner Ausflufs. 18. VI. 03. Die Geschwulst, welche die Haut des Penis halbkugelig vorwölbt, hat einen Längendurchmesser von $1^1/_2$ cm und einen Breitendurchmesser (frontal) von 1 cm. Behandlung mit Röntgenstrahlen. Expositionsdauer 10 Minuten. 20. VI. 03. Geschwulst ist noch etwas gröfser geworden, aber flacher. Aussetzen mit Umschlägen. 24. VI. 03. Geschwulst unverändert. Behandlung mit Röntgenstrahlen. Expositionsdauer 15 Min. Spritzen mit Kal. hyp. 0,02 %. 1. VII. 03. Geschwulst um etwa die Hälfte zurückgegangen. Behandlung mit X-Strahlen, 12 Minuten Expositionsdauer. 4. VII. 03. Nur noch erbsengrofses Knötchen fühlbar. Behandlung mit X-Strahlen, 14 Minuten Expositionsdauer. 10. VII. 03. Nur noch stricknadeldickes, rundliches querverlaufendes Infiltrat der l. Seitenwand und der unteren Urethralwand palpabel. Endoskopisch läfst sich an der der Geschwulst korrespondierenden Stelle nur ein weiches zirkuläres Infiltrat von etwa 1 cm Länge nachweisen. Ausflufs grauschleimig, nur auf Druck. Urin klar, mit zahlreichen Fäden. 13. VII. 03 Behandlung mit X-Strahlen 12 Minuten. 16. VII. 03. Kaum noch fühlbares Knötchen. Bestrahlung 10 Minuten lang. 18. VII. 03 Knötchen vollständig verschwunden. Ausflufs nur noch ganz minimal. Statt der bisher angewandten 0,02 % Kali hypermang.-Lösung eine 0,03 %. 20. VII. 03 Behandlung mit Röntgenstrahlen. Der Patient stellt sich jeden zweiten Tag vor. Bis jetzt[1]) ist kein Recidiv eingetreten.

Es handelte sich also in allen 3 Fällen nach der Definition Fingers[2]) um zirkumskripte kavernöse Infiltrate, die in Fall 2 und 3 trotz der sofort angewandten Einreibungen und Kataplasmen immer gröfser wurden und wahrscheinlich abscediert wären, was ja nach Wossidlo[3]) meist einzutreten pflegt. Einen obturierenden Pfropf konnten wir bei der endoskopischen Untersuchung nicht erkennen. Ebensowenig gelang es uns durch Druck die Geschwülste zu entleeren. Jedenfalls deutet nichts darauf hin, dafs es zu einer spontanen Entleerung des Eiters in die Harnröhre gekommen ist. Auch die Injektionen mit sehr schwachen Kalipermanganatlösungen dürften kaum die Infiltration beeinflufst haben. Mag auch im ersten Falle, wo wir nur zweimal bestrahlt hatten, und wo spontan ein Durchbruch nach aufsen stattfand, vielleicht der Zufall eine Rolle gespielt haben, so gilt dies kaum für den zweiten Fall, wo noch

[1]) 4. X., 1903. Anmerk. bei der Korrektur.

[2]) Die Blennorrhoe der Sexualorgane (Leipzig und Wien 1901), S. 264 u. f.

[3]) Die Gonorrhoe des Mannes (Berlin 1903), S. 194.

andere therapeutische Agentien in Anwendung kamen, und erst recht nicht für den dritten Fall, wo wir mit voller Absicht die Behandlung mit X-Strahlen anwandten und uns in unserem Handeln auch durch die scheinbare anfängliche Verschlechterung nicht abschrecken liefsen. Auch liefsen wir in diesem Falle sofort nach Beginn der Behandlung die Kataplasmen weg. Übrigens sahen wir niemals unangenehme Nebenwirkungen der Röntgenstrahlen.

Wir stehen nicht an, die Rückbildung der entzündlichen Geschwülste dem Einflusse der Röntgenstrahlen zuzuschreiben. Zum mindesten haben diese Strahlen zur Rückbildung beigetragen. Ob nun die Heilung durch Abtötung der Bakterien, oder, wie es uns wahrscheinlicher ist, durch Zerstörung des pathologischen Gewebes und Resorption des Zerstörten erfolgt ist, wollen wir unerörtert lassen. Wir wissen wohl, dafs unsere mitgeteilten Fälle zu gering an Zahl sind, um zu einem ganz apodiktischen Urteil zu berechtigen. Aber zu einer Zeit, wo jeder einzelne durch diese noch immer rätselhaften Strahlen günstig beeinflufste Karzinom-, Sarkom- oder Rhinoskleromfall veröffentlicht wird, glaubten wir zu einer Publikation unserer Fälle befugt zu sein, zumal da es sich um keineswegs alltäglich in der Praxis vorkommende Komplikationen handelt und möglicherweise lange Zeit vergehen kann, bis uns der Zufall wieder einen Fall in die Hände spielt. Es wäre uns sehr erwünscht, wenn unsere Versuche objektiv nachgeprüft würden.

Litteraturbericht.

I. Erkrankungen der Nieren.

Nephrektomie, Nephrotomie und Sectio alta bei einem Falle. Von E. D. Ferguson. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1902, 5. Juli.)

F. berichtet über einen Knaben, bei dem er wegen einer mit Nierenstein und Fistelbildung komplizierten Pyonephrose die Nephrektomie ausgeführt hatte. Wenige Wochen nachher kam es infolge eines Steines zum Verschlusse des anderen Ureters. Der Stein befand sich 2 Zoll unterhalb der Niere; er ward in das Nierenbecken zurückgestofsen und durch Nephrotomie entfernt. Ein weiterer, in die Harnröhre eingekeilter, Stein ward nach Erweiterung des Meatus entfernt. Einen Monat später machte sich wegen eines Blasensteines der hohe Steinschnitt nötig. $2^1/_2$ Monate nach dieser letzten Operation hatten sich weitere Erscheinungen nicht eingestellt. Dreysel-Leipzig.

Trattamenti della litiasi renale. (Gazz. degli osp. e delle clin. 02, 121.)

Bei der Nephrolithiasis handelt es sich um die Behandlung 1. der Schmerzen, 2. der Steine selbst, 3. des ursächlichen Momentes. Diesen einzelnen Indikationen entsprechend werden medikamentöse und diätetische Mafsnahmen angegeben. Hentschel-Dresden.

Zur Behandlung von Gallen- und Nierensteinkoliken mittelst neukonstruierten Heifsluftapparates. Von R. Sachs. (Ther. d. Gegenw. 1903, S. 257.)

Der Apparat unterscheidet sich von den bisherigen partiellen Heifsluftapparaten dadurch, dafs der erkrankten Körperregion der Hitzestrom direkt zugeführt wird. Um den Strom jedoch nicht in voller Intensität wirken zu lassen, resp. zur Vermeidung von Verbrennung, strömt er durch zwei aufeinander sitzende Doppeltrichter, welche in etwas schräger Stellung an der Asbestdecke befestigt sind. Um weiter die Intensität der Heifsluftbestrahlung zu regulieren, ist die eine Hälfte des Apparates zu einer Schiebevorrichtung umgewandelt. Ein in der Mitte und an den Seiten von der Asbestdecke herabfallendes Filztuch dient zum raschen und bequemen Abschlufs des inneren Luftraums, der durch eine Decke noch weiter abgeschlossen werden kann. Das Trichterrohr wird mittelst zweimal gebogenen Rohres mit dem Schornsteine verbunden, unter welchem die Heizung mit einem Gas- oder Spiritusbrenner geschieht. Der

Apparat, der vom Medizinischen Warenhause in Berlin angefertigt wird, ist leicht transportfähig, er gestattet eine Applikation bis zu 1 Stunde und ermöglicht eine rasche und präzise auf die erkrankte Partie, z. B. Nieren- oder Ureterengegend, lokalisierte Einwirkung.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Gefrierpunktserniedrigung nephritischen Harns und ihre Deutung auf dem Wege des Verdünnungsversuchs. Von H. Roeder. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 19.)

Durch die Arbeiten von Koevesi, Rothschulz, Straufs und Steyrer ist für gesunde Nieren eine grofse Anpassungsfähigkeit an die Flüssigkeitszufuhr, d. h. eine durch diese bedingte Verminderung der molekulären Konzentration des Harns konstatiert; es wurde ferner bei dem Harn der Nephritiker ein je nach der Erkrankungsform verschiedenes, fest gesetzmäfsiges Verhalten gegenüber der Flüssigkeitszufuhr festgestellt, indem die molekuläre Konzentration des nephritischen Harns bei Anwendung von Mineralwässern sich nicht der Wasserökonomie der Gewebe anpafste und vor allem eine bestimmte Konstanz aufwies. Die Versuche von Koevesi und Illyes ergaben für die einzelnen Arten der Nephritis bei Zuführung von Mineralwässern eine Gefrierpunktserniedrigung, wie sie Koranyi und Lindemann ohne Anwendung solcher bei nephritischem Harn fanden. Die gleiche Bedeutung hat der Verdünnungsversuch bei der Feststellung der Insuffizienz einer einzelnen Niere. Wie ferner Verf. in Gemeinschaft mit Sommerfeld festgestellt hat, findet sich dieses verschiedene Verhalten der Gefrierpunktserniedrigung gesunden und nephritischen Harns nicht nur bei Trinkkuren, sondern auch bei Zuführung flüssiger Nahrung, weshalb Verf. die Vermutung ausspricht, dafs die von Koranyi, Lindemann und Rothschulz für die einzelnen Nephritisformen nachgewiesene Verminderung der Gefrierpunktserniedrigung nephritischen Harns bei flüssiger Nahrung, bei Nephritisdiät festgestellt worden ist; wenigstens fand R. bei älteren nephritischen Kindern bei gemischter Kost ein Ansteigen der Gefrierpunktserniedrigung des Harns über — 1,0°, während dieselbe bei Milchdiät unter — 1,0° herabsank. Jedenfalls müsse bei diesen Untersuchungen immer die Art der Nahrung berücksichtigt werden.

Paul Cohn-Berlin.

Phloridzindiabetes und Nierenpermeabilität. Von N. de Dominicis. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 20, 1903.)

Um den Mechanismus des Phloridzindiabetes zu studieren, injizierte de D. in die Niere, das Gehirn und die Leber von Hunden Phloridzinlösungen. Es scheint aus diesen Versuchen hervorzugehen, dafs das Phloridzin nicht direkt, sondern durch Vermittlung des Nervensystems auf die Gewebe einwirkt. Der Anteil, welcher der Niere beim Zustandekommen der Glykosurie zukommt, kann nicht bei jeder klinischen oder experimentellen Beobachtung festgestellt werden.

von Hofmann-Wien.



Permeabilità renale e processi chimici per valutarla. Von Pugnat-Revilliod. (Arch. sen. de med. 02 luglio 03, 10.)

Die Verf. vergleichen die verschiedenen klinisch-chemischen Methoden zur Bestimmung der Beschaffenheit der Nierenfunktion. Bei Injektion von Metylenblau oder Natrontrisulfonal (Rosanilin) ist die Ausscheidung bei interstitieller Nephritis behindert, bei parenchymatöser Nephritis beschleunigt, bei parenchymatöser Nephritis mit sekundärer Schrumpfung anfangs beschleunigt, später in die Länge gezogen. Bei der Jodprobe ist die in 24 Stunden ausgeschiedene Menge in Betracht zu ziehen. Diese ist bei der parenchymatösen N. normal, bei der interstitiellen erreicht sie nicht die Hälfte der normalen Menge. Ungefähr das Gleiche gilt von der Probe mit Natr. salicylicum. Das Phloridzin endlich läſst bei beiden Formen der Nephritis den Zucker in ganz unregelmäſsiger Weise erscheinen, ebenso unregelmäſsig verhält sich die Dauer der Glykosurie, so daſs aus dieser Probe die einzelnen Nephritisformen nicht differenziert werden können. Nur nach der Gesamtmenge des ausgeschiedenen Zuckers läſst sich die Funktion beurteilen.

Hentschel-Dresden.

Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit der Nieren mit Hilfe des Methylenblau. Von A. Landau. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. LX, S. 210.)

L. injizierte Methylenblau subkutan und bestimmte die Zeit bis zum ersten Auftreten des Farbstoffes im Urin sowie die Dauer der Ausscheidung. Die erhaltenen Resultate waren überaus wechselnde. Verf. ist daher der Ansicht, daſs die Methylenblaumethode eine gröſsere Bedeutung bei der Bestimmung der Leistungsfähigkeit der Nieren nicht hat.

Dreysel-Leipzig.

Physiologie comparée des deux reins. Von J. Albarran. (Acad. des scienc., 18. Mai 1903.)

Aus Untersuchungen am Menschen und am Hunde mittelst Ureterenkatheterismus ergiebt sich folgendes: In gleichen Zeiten secernieren beide Nieren voneinander quantitativ und der Zusammensetzung nach verschiedene Mengen Harn. In einem Viertel der Fälle differiert pro l die Urinmenge um 1 g und kann bis 6,5 g betragen, in einem Drittel die der Chloride um 0,5 g und kann 5 g betragen. Die Differenz des Punktes Δ, gewöhnlich weniger als $^{10}/_{100}$ Grad, kann $^{15}/_{100}$ Grad erreichen. Die Unterschiede der Ausscheidung des Urins aus beiden Nieren werden um so geringer, je grösser die Zeit der Beobachtung ist. Je mehr Harn eine Niere ausscheidet, um so geringer ist die Konzentration desselben. Um ziemlich sicher das physiologische Verhalten der beiden Nieren vergleichsweise festzustellen, ist eine Beobachtungszeit von mindestens 2 Stunden erforderlich.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Diagnostik der Krankheiten und der Leistungsfähigkeit der Nieren. Von Prof. H. Senator-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 03, Nr. 20 u. 22.)

Die Arbeit giebt eine systematische Darstellung der diagnostischen Hilfsmittel, wie sie sich in ihrer Reichhaltigkeit während des letzten Jahrhunderts bei einer vollständigen Untersuchung der Nieren und ihrer Störungen herausgebildet haben. Die erste, gröfsere Gruppe umfafst diejenigen Methoden, welche direkt auf die Untersuchung der Nieren und ihres Sekrets, des Harns, gerichtet sind, die zweite, kleinere, beschäftigt sich mit den Symptomen, welche andere Organe betreffen, aus denen man aber auf Störungen der Nierenfunktion schliefsen kann. Die erste umfafst die mechanisch-physikalischen (einschliefslich der mikroskopischen), die chemischen und die bakteriologischen Zeichen. Man beginnt mit der Inspektion und Palpation und erkennt dabei Veränderungen der Konfiguration der Nieren, ihrer Konsistenz, Verschieblichkeit, Lageänderungen, Vergröfserung, Geschwulstbildung und Schmerzhaftigkeit. Die Palpation geschieht am besten mit ausgestreckten oder wenig angezogenen Beinen zunächst in Rücken-, dann in Seitenlage, immer bimanuell; im warmen Bade wird die Palpation sehr erleichtert, wobei der Patient schweben mufs, event. ist Narkose nötig. Bei der Inspektion ist auf eine ev. vorhandene einseitige Kontraktur der Bauchdecken, ein ziemlich konstantes Symptom bei schmerzhaften Nierenleiden, zu achten. Die Palpation kann auch vom Rektum und der Vagina aus geschehen, Aufblähung des Darms vom Rektum aus bringt unter Umständen eine Verlagerung der Niere zum Verschwinden. Zu erwähnen ist ferner die Perkussion bei Schwellungen oder Verlagerungen der Nieren, und die sog. Streichauskultation. In neuerer Zeit kommt die Röntgendurchleuchtung für den Nachweis von Vergröfserungen, Geschwulst- und Cystenbildung in den Nieren, von Steinen, und zwar für Oxalate, Phosphate und Cystinsteine mehr als für Urate in Betracht, doch ist dieses Hilfsmittel mit Vorsicht zu verwenden. In Frage kommt ferner die Punktion und die Akidopeirastik, die in der Regel extraperitoneal von hinten her gemacht werden müssen, sodann die Blofslegung der Niere, ihre Hervorholung aus ihrem Lager behufs Besichtigung, Punktion, Sondierung u. s. w., eine Methode, die häufig wertvolle Aufschlüsse giebt, aber auch manchmal im Stiche läfst. Sehr wichtig ist die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus. — Bei der Urinuntersuchung ist auf die Menge, Reaktion, Aussehen, Farbe, spezifisches Gewicht, das Sediment, auf chemische und mikroskopische Beimengungen zu achten. Polyurie kommt vor bei der kompensierten Schrumpfniere, bei einer gewissen Form der amyloiden Entartung, bei Pyelitis, bei intermittierender Hydronephrose, in der Rekonvaleszenz akut fieberhafter Krankheiten u. s. w.; reflektorische Anurie findet sich bei schmerzhaften Affektionen einer Seite, auch wenn die andere ganz gesund ist. Auch bei Schrumpfniere kann trotz venöser Stauung, Cyanose und Dyspnoe der Urin hell und klar sein. Physiologische Albuminurie kommt vor nach anstrengenden Körperbewegungen, kalten Bädern, starken eiweifsreichen Mahlzeiten, heftigen Erregungen. Albumosurie kommt vor als Vorläufer von Albuminurie, namentlich bei fieberhaften Krankheiten, der Bence-Jonessche

Eiweifskörper bei schweren Knochenleiden; beide sind durch die kalte Eiweifsprobe zu verifizieren.

Was die Mikroskopie des Harnsediments anbetrifft, so betont S., dafs die Abwesenheit von Cylindern nicht gegen eine Nierenaffektion spricht; je akuter der Prozefs, desto stärker die Beteiligung der Nierenepithelien, desto zahlreicher die Cylinder; je chronischer, desto mehr Beteiligung des interstitiellen Gewebes, desto spärlicher die Cylinder. Andererseits kommt Cylindrurie ohne Albuminurie vor und ist immer ein Zeichen einer bestehenden Nierenaffektion. Bei dem unter dem Namen „Morbus Brightii“ zusammengefafsten Nierenkrankheiten sind die Leukocyten des Sediments fast ausschliefslich einkernige Zellen, während bei der Entzündung der Harnwege, Pyelitis, Cystitis, Urethritis die multinukleären Zellen die Mehrheit bilden. Die Cylindroïde sind mehr bandartig, streifig und aufserordentlich lang und finden sich meist dann, wenn eine Pyelitis aufsteigt auf das Nierengewebe und umgekehrt. — Bei Hämaturie sind, wenn die Blutung renaler Natur ist, die Blutkörperchen gewöhnlich fragmentiert, aufserdem mehr oder weniger entfärbt, während sie bei Blutungen aus den unteren Harnwegen mehr erhalten sind. — Bei polycystischer Degeneration der Niere finden sich mikroskopisch rosettenartige, den Leucinkugeln ähnliche rötliche Gebilde. — Zu achten ist auf etwaige Parasiten oder Parasiteneier, sowie auf Geschwulstpartikel im Sediment. — Was die sog. funktionelle Nierendiagnostik anbetrifft, so hat die Methylenblauprobe nach S. nur eine sehr untergeordnete Bedeutung, ebenso die Bestimmung der Harngiftigkeit und des urotoxischen Koeffizienten nach Bouchard. Die Gefrierpunktsbestimmung des Harns leistet nicht sehr viel, weil der normale Gefrierpunkt desselben in weiten Grenzen, zwischen — 0,8° und — 2,7° C, schwankt, ferner ist stets zu berücksichtigen, dafs bei keiner Erkrankung der Nieren das Parenchym durchweg und in gleichem Mafse erkrankt, so dafs die gesunden Partien den Ausgleich für die erkrankten übernehmen. Von einer gewissen Wichtigkeit ist die Bestimmung des sog. Valenzwertes nach Straufs, indem man die Menge des 24 stündigen Urins mit dem Gefrierpunkt desselben multipliziert; sinkt derselbe unter 800, so spricht das für eine Leistungsunfähigkeit der Nieren. Sehr wichtig ist dann die Prüfung des Sekrets jeder Niere, erhältlich durch den Ureterenkatheterismus, resp. die sog. Harnsegregatoren; es wird geprüft die Stärke der Harnabsonderung nach Einnahme von 150—200 ccm kohlensauren Wassers, die Höhe der molekulären Konzentration, der Kochsalz- und N-Gehalt, die Zuckerausscheidung nach Phloridzininjektion; unter normalen Verhältnissen zeigt sich zwischen beiden Seiten kein oder nur ein ganz unbedeutender Unterschied. — Schliefslich sind noch zu berücksichtigen gewisse Symptome von seiten anderer Organe, die auf ein Nierenleiden hinweisen, wie die Wassersucht, die Retinitis albuminurica, Kopfschmerzen in Form von Migräne, Herzaffektionen und dergl.; ferner die Prüfung der molekulären Konzentration des Blutes, dessen Gefrierpunkt normaler Weise um — 0,56° C schwankt und bei Leistungsunfähigkeit beider Nieren auf — 0,60 oder noch tiefer sinkt.

Paul Cohn-Berlin.

Néphrite purulente consécutive à un anthrax de la main, phlegmons périnéphretiques. Von Bauby. (Arch. méd. de Toulouse, Nov. 1902.)

Ein 52jähriger Mann bekam im Anschlufs an eine Milzbrandphlegmone der Hand, die mit Karbolsäure in dem Mafse behandelt wurde, dafs eine Schwarzfärbung des Urins eintrat, eine doppelseitige Nephritis purulenta nebst zahlreichen perinephritischen Abscessen. Letztere wurden nach und nach inzidiert, worauf der Patient vollständig genas. Offenbar hat die Karbolsäure bei der Entstehung dieser Komplikationen mitgewirkt. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Notes on the symptoms and treatment of acute pyelitis in infants. Von J. Thomson. (Scott. med. and surg. Journ. 1902, Juli.)

Verf. führt einen Fall von Pyelitis bei einem $7^1/_2$ Monate alten Kinde an, bei dem zuerst an einen akuten rheumatischen Zustand gedacht worden war. Er bespricht die Symptomatologie und Therapie der Pyelitis bei Kindern. Seine Schlufsfolgerungen lauten: Die Pyelitis hat ihre Ursache, vor allem bei weiblichen Kindern, im Darm und wird hervorgerufen durch Einwanderung des Bact. coli. Die Erkrankung bewirkt hohes Fieber, starken Eitergehalt des Urins; auch Schüttelfröste sind häufig. Exkoriationen am Anus spielen vielleicht eine wichtige ätiologische Rolle. Die Prognose ist günstig, die Dauer beträgt jedoch meist mehrere Wochen. Die Behandlung hat vor allem in der Neutralisation der Säuren im Harn durch Alkalien zu bestehen.

Dreysel-Leipzig.

Intestinal indigestion and nephritis. Von Manges. (New York Academy of Med. 1902, 16. Dez.)

M. ist der Meinung, dafs Darmstörungen nicht selten die Ursache einer Nephritis sind. Der beste Beweis, dafs toxisches Material den Weg vom Darm in die Blutbahn findet, ist der Umstand, dafs man Bakterien bei Affektionen, die auf den Darmkanal beschränkt sind, z. B. bei Typhus, im Urin findet. Bakterien im Urin, deren Ursprung unaufgeklärt ist, schwinden rasch bei Irrigation des Rektum.

Dreysel-Leipzig.

Action néphrotoxique des injections de sérum normal. Von Linossier und Lemoine. (Soc. de biol., 25. April 1903.)

Durch intraperitoneale Injektion eines Viertel ccm normalen Serums sowohl vom Menschen, wie vom Pferde und Rind entstehen beim Kaninchen hochgradige Nierenveränderungen und eine permanente Albuminurie. Durch vorgängiges Erhitzen bei 55° kann man diese toxische Eigenschaft des Blutserums zerstören. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Sur l'hypertrophie des reins dans la cirrhose de Laennec. Von S. Mollard. (Lyon méd. 03, 46.)

Die Autopsie von 13 Fällen von Lebercirrhose ergab jedesmal eine

Hypertrophie der im übrigen intakten Nieren. Die Erklärung findet M. in dem hier durchweg vorangegangenen Alkoholismus und der damit verbundenen Mehrarbeit. Auch die Befunde Formads, der in 250 Sektionen plötzlich verstorbener Alkoholiker — mit Ausschlufs aller anderen Erkrankungen, welche die Nieren beeinflussen könnten — 248 mal vergröfserte Nieren bis zu 250 g fand, sprechen hierfür.

Hentschel-Dresden.

Über Albuminurie bei Aortenklappeninsuffizienz. Von Prof. v. Leube in Würzburg. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 30.)

An der Hand der Krankengeschichte und des anatomischen Befundes eines einschlägigen Falles macht L. aufmerksam auf jene Form von Albuminurie bei Aortenklappeninsuffizienz, welche speziell bei jugendlichen Individuen sich geltend machen kann, nichts zu thun hat mit venöser Stauung oder primärer allgemeiner Atheromatose, sondern sich entwickelt infolge der durch den Herzfehler hervorgerufenen maximalen Blutdrucksteigerung und der starken Blutdruckschwankungen in den Gefäfsen und Kapillaren der Niere. Verdickung der Wand der Gefäfse und Bindegewebsvermehrung in ihrer Umgebung, „arterielle Induration“, bilden die anatomische Grundlage dieser Form der Nierenerkrankung bei Aortenklappeninsuffizienz. Klinisch dokumentiert sie sich durch Albuminurie und durch Ausscheidung der Epithelien der Harnkanälchen, zum Teil in Gestalt granulierter Harncylinder. Jesionek-München.

Chronic parenchymatous nephritis in a child treated by renal decapsulation (Edebohls Operation). Von A. Caille. (Arch. of Pediatrics 1902, Oct.)

Bei dem von C. beobachteten Kinde mit chronischer parenchymatöser Nephritis stellten sich zeitweise akute Exacerbationen ein. Nachdem verschiedene andere Behandlungsmethoden versucht worden waren, durchtrennte und entfernte C. schliefslich die Kapseln beider Nieren. Die Besserung nach der Operation war sehr augenfällig.

Verf. empfiehlt die Freilegung der Nieren durch Lumbalincision bei Fällen mit akuter Nephritis, die sieh innerhalb 6 Monaten nicht bessern. Bei Schwellung der Nieren ist die Entfernung einer oder beider Nierenkapseln angezeigt, da Aussicht vorhanden ist, durch diese Operation den Übergang der akuten Nephritis in das chronische Stadium zu verhüten.

Dreysel-Leipzig.

Gli elementi della prognosi nelle nefriti. Von Frimescu. (Thèse de Paris 02.)

Eiweifsgehalt des Urins und Ödeme können über die Prognose täuschen, während Zunahme der arteriellen Spannung, Zeichen von Herzhypertrophie und Netzhauterscheinungen ernstere Bedeutung haben, desgleichen Kopfschmerzen verbunden mit Schwindel und Schlaflosigkeit. Urämische Symptome schliefsen bei akuter Nephritis völlige Genesung nicht aus. Dyspnoe und Asthma können jahrelang bestehen, Cheyne-Stokes'sches Atmen tritt gewöhnlich in den letzten Wochen auf.

Hentschel-Dresden.

Sulla patogenesi dell' albuminuria nelle lesioni renali. Von G. Ferrarini. (Il Morgagni 02, P. I, 11.)

Um den Einflufs zu studieren, welchen der Zustand der Glomeruli nach Vergiftung auf etwaige Albuminurie ausübt, injizierte F. Kaninchen 25—20⁰/₀ Pyrogallussäure subkutan. In den ersten Fällen erschien niemals Eiweifs im Urin, Glomeruli meist intakt, in anderen Fällen konnte durch stärkere Dosen Hämoglobinurie ohne Albuminurie erzeugt werden, in einer weiteren Reihe traten stets Albuminurie und Schwellung und Degeneration des Glomerulusepithels auf. 17 Beobachtungen an Nierenkranken werden damit verglichen. Nach F. beginnt eine Nephritis stets mit einer Erkrankung der Glomeruli und mit Albuminurie, daneben bestehen meist circumskripte Epithelstörungen, welche mit und ohne Schädigung der Glomeruli verlaufen können.

Hentschel-Dresden.

Avvelenamento da sublimato e lesioni renali. Von Vosoin. (Riform. med. XVII, 14—16.)

Das Epithel der Harnkanälchen von Kaninchen wird noch stark geschädigt durch Sublimatdosen unter 1 cg. Bei subkutaner Injektion treten starke diffuse Hämorrhagien und Epithelverluste auf. Bei Zuführung durch den Magen und chronischer Vergiftung kommt es hauptsächlich zu parenchymatöser Entzündung mit Epithelnekrose der Tubuli.

Hentschel-Dresden.

Anuria senza uremia. Von L. Polidoro. (Gazz. d. osp. e delle clin. 03, 150.)

Eine schwere Sublimatvergiftung bei einem 24jährigen Manne führte nach 7 Tagen zum Exitus. Abgesehen von 50 ccm trüben Urins, die am 4. Tage entleert wurden, bestand völlige Anurie, trotzdem fehlte jede Andeutung von Delirien oder Coma. Da anderseits Fälle von Urämie bei normaler Urinmenge vorkommen, so bezweifelt Verf. die Richtigkeit der Retentionstheorie bei Urämie. Hentschel-Dresden.

Über Verödung und hyaline Degeneration der Corpora Malpighii. Von Zistowitsch. (Russ. Wratsch 02, 45.)

Verödung und hyaline Degeneration lassen sich am deutlichsten beobachten bei Störungen der Blut- und Harncirculation (Arteriosklerose, Thromben, Embolien) und bei anderen Ernährungsstörungen des Nierenparenchyms (Infarkt, Hydronephrose). Die hyalinen Massen bei Glomerulonephritis entstehen ausschliefslich aus der Bowmanschen Kapsel. Bei interstitiellen Nephritiden wird konzentrische Entwicklung von Bindegewebe um das Malpighische Körperchen herum, Kompression und hyaline Degeneration desselben beobachtet, so dafs im verödeten Körperchen 3 Ringe entstehen: die degenerierte Kapselhülle, das degenerierte neugebildete Bindegewebe und der degenerierte Glomerulus.

Hentschel-Dresden.



Hydronéphrose. Von Jacobs. (Soc. d'anatomie pathol. de Bruxelles 1902, 28. Nov.)

J. bespricht einen interessanten Fall von Hydronephrose. Das demonstrierte Präparat stammte von einer jungen Frau, die Symptome seitens der Harnorgane nie dargeboten hatte. Die Nierensubstanz war völlig zerstört. Das Organ war in eine einzige Cyste umgewandelt.

Dreysel-Leipzig.

Rene cistico congenito. Von M. Segale. (Gazz. degli osp. e delle clin. 03, 8.)

Aus Anlafs der Beobachtung von 2 zur Autopsie gekommenen Fällen von Cystennieren bei vorgeschrittener Syphilis erörtert Verf. die Frage eines etwaigen Zusammenhanges. Hentschel-Dresden.

On the relation of gout to granular kidney and to lead poisoning. Von S. West. (The Practitioner July 1903.)

Granulierte Niere und Gicht finden sich sehr häufig zusammen. Wenn nun auch bei jedem akuten Anfall die Niere in Mitleidenschaft gezogen wird, und es durch dermalige wiederholte Reizungen zu degenerativen Veränderungen in diesem Organe kommen kann, so kann doch die Gicht nie zu granulierter Niere führen. Hingegen bildet die letztere eine Disposition zur Gicht, da die Harnsäureausscheidung vermindert ist, sowie auch zur chronischen Bleivergiftung. von Hofmann-Wien.

Theocin als Diuretikum. Von Dr. Thienger (Nürnberger Krankenhaus). (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 30.)

Nach seinen Beobachtungen an 17 Fällen bezeichnet Th. das Theocin als ein schätzbares starkwirkendes Diuretikum, das die harntreibende Kraft des Koffein, des Theobromin, des Agurin und des Diuretin erheblich übertreffe. Charakterisiert werde die Theocin-Wirkung durch ein initiales gewaltiges Ansteigen der Diurese mit darauffolgendem raschem Abfall, der auch durch weitere Gaben von Theocin meist nicht hintangehalten werde; nach kurzer Pause wieder gegeben, werde nur eine mäfsige Steigerung der Diurese erzielt. Die diuretische Wirkung sinke von einem Intervall zum anderen. Der beste diuretische Erfolg werde beobachtet bei Stauungserscheinungen infolge von Herz-, Nieren- und allgemeinen Gefäfserkrankungen, während bei Hydropsien aus anderen Ursachen und bei entzündlichen Flüssigkeitsansammlungen (z. B. bei exsudativer Pleuritis) die Wirkung eine unsichere sei.

An unangenehmen Nebenwirkungen hat Th. beobachtet: Appetitlosigkeit, Übelkeit, vermehrte Speichelsekretion, Kopfschmerz, psychische Erregungszustände. Jesionek-München.

Über die diuretische Wirkung des Theophyllin (Theocin). Von O. Stross. (Wiener klin. Rundschau Nr. 20, 1903.)

Von den Vorzügen des Präparates ist besonders seine prompte Wirkung hervorzuheben, die oft auch in Fällen eintritt, wo andere

Diuretika im Stiche lassen. Von Nebenerscheinungen sind vorherrschend: Druckgefühl in der Magengegend, Übelkeit und auch Erbrechen. Man kann dieselben vermeiden, wenn man das Theocin mit Belladonna kombiniert:

Theophyllin. 0,25 bis 0,30
Extr. Bellad. 0,005 bis 0,01.

Das Präparat wirkt am besten bei den Stauungsödemen. Sehr herabgekommene Kranke mit schweren Störungen der Kompensation scheinen es am wenigsten zu vertragen. von Hofmann-Wien.

Agurin, a New and Efficient Diuretic. Von Blackwood. (Medical Summary, Vol. 24, 9.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen er die vorzüglichen diuretischen Eigenschaften des Agurins beobachtet hat. Die erste Gelegenheit boten 2 Fälle von Scharlachnephritis, die bereits längere Zeit mit anderen Diureticis erfolglos behandelt worden waren.
Hentschel-Dresden.

Acute recurrent hydronephrosis. Von A. W. W. Lea. (Brit. Med. Journ. June 13, 1903.)

L. hielt in der Clinical Soc. of Manchester einen Vortrag über dieses Thema, welchem 4 eigene Beobachtungen zu Grunde lagen. Die Krankheit äufserte sich durch wiederkehrende Attacken heftiger Unterleibsschmerzen mit schweren Allgemeinerscheinungen, rapider Schwellung der Nieren und temporärer Hydronephrose. L. führte in allen Fällen die Nephrorrhaphie mit Eröffnung, eventuell Drainage des Nierenbeckens aus.
von Hofmann-Wien.

Influence of nephrectomy upon absorption. Von L. Meltzer und W. Salant. (Americ. Medecine 1903, 24. Jan.)

Die Versuche der Verff. wurden an Kaninchen vorgenommen. Aus ihnen geht hervor, dafs die Absorption nach Nephrektomie eine bedeutend verstärkte ist. Bei den Versuchstieren und auch bei Menschen, die 5—6 Tage an akuter Urämie gelitten hatten, wurden keinerlei Ödeme beobachtet. Die erste Folge einer totalen Anurie ist nicht eine Vermehrung der normalen Transsudation, sondern eine verstärkte Absorptionsfähigkeit des Blutes. Dreysel-Leipzig.

The surgical treatment of nephritis. A review of recent progress in genito-urinary surgery. Von J. W. T. Walker. (The Practitioner, June 1903.)

W. bespricht in diesem Aufsatze die wichtigsten Arbeiten über die chirurgische Behandlung der Nephritis. Wir ersehen daraus, dafs das erst in letzter Zeit versuchte operative Eingreifen bei derartigen Erkrankungen sehr günstige Erfolge erzielen kann. Da es sich in erster Linie darum handelt, die Spannung in dem erkrankten Organ zu vermindern, kommen eigentlich nur 2 Operationen in Betracht: die Nephro-

tomie und die Dekapsulation, wie sie besonders von Edebohls empfohlen wurde. Ein abschließendes Urteil über den Wert dieser Behandlungsmethoden ist derzeit noch nicht möglich.

von Hofmann-Wien.

Néphrites aiguës. A quel moment de leur évolution faut-il les opérer? Von Dufour und Fortineau. (Soc. méd. des hôpit., 1. Mai 1903.)

Bei urämischen Erscheinungen ist Abwarten besser. Bei akuten doppelseitigen Nephritiden kann man die Nephrektomie oder Dekortikation versuchen, wenn eine starke Diapedese vorhanden ist. Im allgemeinen wird man dann operieren, wenn die Erscheinungen sehr schwere bleiben und der Urin eine anhaltende Vermehrung von Eiter zeigt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Nephrotomie bei chronischer Nephritis. Von Mongour. (Journ. de méd. de Bordeaux 1902, Nr. 6.)

M. hat zwei Fälle von schwerer chronischer Nephritis, bei der jede andere Behandlung ohne Erfolg blieb, nach der Methode von Pousson operiert. Nach der Operation trat eine entschiedene Wendung zur Besserung ein. Verf. meint, daſs bei schweren chronischen Nephritiden, wenn alle anderen Mittel erschöpft sind, die Nephrotomie indiziert ist, die das Leben zum mindesten um einige Jahre verlängern kann. Bei schwerer akuter oder subakuter Nephritis ist jede Operation kontraindiziert.

Dreysel-Leipzig.

Complete nephro-ureterectomy. Von W. Bovée. (Amer. Gynecol. April 1903.)

Die 34 jährige Patientin litt seit mehreren Jahren an Schmerzen in der linken Nierengegend, wo sich allmählich auch ein Tumor entwickelte, der mit der Blase durch einen harten Strang verbunden war. Die inneren Organe erwiesen sich als gesund. In dem mit Harris Segregator gewonnenen Urin der linken Niere waren Tuberkelbazillen nachweisbar, der Urin der rechten Niere war normal. B. entfernte daher in einer Sitzung auf extraperitonealem Wege die linke Niere und den ganzen Ureter. Heilung.

B. hat 17 Fälle von totaler Nephro-Ureterektomie zusammengestellt. Bei 14 derselben war Tuberkulose der Anlaſs für die Operation. Von diesen 17 Fällen endeten nur 2 tödlich (11,76 %).

von Hofmann-Wien.

Pyélonéphrite tuberculeuse. Application du diviseur des urines de Luys. Néphrectomie. Von Le Clerc-Dandoy. (Soc. belge d'Urologie 1903, 1. Febr.)

Vortragender demonstriert einen 43 Jahre alten Kranken, bei dem vor 5 Wochen wegen Tuberkulose der linken Niere die Nephrektomie zur Ausführung gekommen war. Mittels des Luysschen, zur Trennung

des Urins der beiden Nieren bestimmten Instrumentes, hatte sich nachweisen lassen, dafs nur die linke Niere Eiter absonderte. Der Urin der anderen Niere war klar, enthielt aber Eiweifs.

Der Kranke hat seit der Operation 15 kg zugenommen, der Urin ist zur Zeit normal und frei von Eiweifs. C.-D. hält das Luyssche Instrument für ein wichtiges und zuverlässiges Hilfsmittel bei der Diagnose der Nierenerkrankungen. Dreysel-Leipzig.

Results of operations on the kidney for tuberculosis. Von E. Garceau. (Annals of Surgery 1902, Oct.)

Verf. schliefst aus 415 Fällen von Tuberkulose der Niere, dafs die primäre Tuberkulose dieses Organes selten ist, und dafs die Erkrankung meist von Organen ausgeht, die mit der äufseren Luft in einem innigeren Zusammenhange stehen. Die Nephroureterektomie sollte in all den Fällen zur Ausführung kommen, bei denen der Ureter miterkrankt ist und der Zustand des Kranken den Eingriff gestattet. Ein zurückbleibender tuberkulös erkrankter Ureter stellt immer eine grofse Gefahr dar. Die Nephrotomie ist nur als vorbereitende Operation für die Nephrektomie zulässig Bei Erkrankung der Blase ist eine Behandlung derselben nach der Operation nötig. Dreysel-Leipzig.

Über papilläre Tumoren des Nierenbeckens in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht. Von F. Pels-Leusden. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 68, 3.)

Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Arten der Nierenbeckentumoren und ihre Symptome und teilt sodann 2 Fälle von papillären Tumoren des Nierenbeckens mit. Pathologisch-anatomisch haben beide Tumoren Ähnlichkeit mit den sogenannten Zottenpolypen der Harnblase, was auf einen hohen Grad von Malignität schliefsen läfst. Besonders in dem 2. Falle äufserte sich dieser maligne Charakter trotz der Kleinheit des Tumors — er wurde erst an der exstirpierten Niere entdeckt — doch schon klinisch und pathologisch-anatomisch. Verf. tritt daher für Israels Forderung ein, Nierenbeckentumoren mit derartigem Bau als Carcinoma papillare zu bezeichnen und demgemäfs zu behandeln.

Hentschel-Dresden.

Tumor of the left kidney weighing 9 lib. 10 oz: removal: recovery. Von J. A. Allwood. (Brit. Med. Journ. June 27, 1903.)

Der 36jährige Patient bemerkte seit 8 Jahren eine stetig wachsende Geschwulst in der linken Seite. Vor 2 Jahren hatte er durch 2 Monate an Harnbeschwerden und Hämaturie gelitten. Seither waren keine Störungen von seiten des Harnapparates aufgetreten. In der letzten Zeit bestand heftiges Hautjucken, welches nach der Operation aufhörte. Der Tumor wurde auf transperitonealem Wege entfernt. Heilung. Das Gewicht der Geschwulst betrug $4^1/_2$ Kilogramm.

von Hofmann-Wien.



Cancer du rein. Von Lejars. (Soc. de chir. de Paris, 24. Jan. 1903.)

In diesem Falle wurde der Urin mit dem Cathelinschen Segregator untersucht. Der Urin der erkrankten linken Niere wurde rascher ausgeschieden und enthielt nur 4,18 g pro 1 Ur., während der der gesunden rechten 8,64 g pro 1 enthielt. 12 Tage nach der Nephrektomie enthielt der letztere 23,34 g Ur. pro 1, also dreimal so viel.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

2. Erkrankungen der Hoden, seiner Hüllen, der Samenleiter und der Samenblasen.

Meine Resultate der epiduralen Einspritzungen durch Punktion des Sakralkanals bei Syphilis und den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Von Dr. Straufs-Barmen. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 28.)

Zum Zwecke der Behandlung von Ischias, Lumbago, Arthralgien, tabischen Krisen, Bleikolik, von Erkrankungen der Harnwege, Urethritiden, Cystitiden, Prostatacarcinom, von Incontinentia urinae, Enuresis, Neurasthenia sexualis, Impotenz hat F. Cathelin von der Guyonschen Abteilung des Hôpital Necker in Paris in Anlehnung an Biers bekannte Untersuchungen epidurale Injektionen von Kokain- und Kochsalzlösungen angegeben. Straufs hat die diesbezügliche Publikation Cathelins ins Deutsche übersetzt, hinsichtlich der Technik einige Modifikationen empfohlen und veröffentlicht nun seine eigenen Beobachtungen, in der Hoffnung, dafs dieselben dazu beitragen werden, „den Bann zu brechen, der bei uns noch auf allen Einspritzungen ruht, bei denen die Wirbelsäule, bezw. das Rückenmark in Frage kommen, und der Thatsache Geltung zu verschaffen, dafs die epiduralen Injektionen im Gegensatz zu den subarachnoidealen ebenso gefahrlos für das Rückenmark und Gehirn, als einfach in technischer Beziehung seien". Für die epiduralen Einspritzungen bei den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane benutzte Str. folgende Lösung: Cocain. hydr. 0,01, Natr. chlorat. 0,2, Aq. dest. steril. ad 100,0, Aq. carbol. (5 %) gtt II, und bediente sich 6 cm langer und 1 mm dicker Platiniridiumnadeln und einer automatischen Spritze mit Saug- und Druckventil. Die Menge der zu injizierenden Flüssigkeit betrage 5—30 ccm, man beginne mit einer kleinen Dosis und wiederhole die Einspritzung, um die Kur möglichst angenehm zu gestalten, jeden 2. bis 5. Tag, je nach der Empfindlichkeit der Kranken und der Hartnäckigkeit ihres Leidens.

Die Beobachtungen und Aufzeichnungen beziehen sich auf 8 Fälle von Inkontinenz und Enuresis, 2 Fälle von „Pollutiones nimiae", 2 Fälle von Impotenz, 2 Fälle von „allgemeiner Neurasthenia sexualis". Straufs ist mit seinen therapeutischen Erfolgen recht zufrieden. Vielleicht nicht jeder, der die Krankengeschichten liest, wird Straufs' Optimismus teilen. Suggestiven Einflufs glaubt Straufs ausschliefsen zu dürfen, namentlich auf Grund der bei Syphilitikern beobachteten Nebenerscheinungen von Polyurie und Retentio urinae. Straufs hat nämlich auch bei Syphili-

tikern (10 Fälle) epidurale Einspritzungen vorgenommen, hier allerdings 2%ige Sublimatlösungen oder 10%ige Hydrarg. salicylicum-Emulsionen verwendet. Diese Injektionen hat Straufs gemacht „nicht in der Absicht, ihren therapeutischen Effekt festzustellen, sondern sie zu vergleichen mit den intramuskulären Einspritzungen, ob sie ebenso gut wie jene vertragen würden“. Lebhafter, oft tagelang anhaltender Druckschmerz in der Kreuz- und Rückengegend, Arbeitsunfähigkeit oft für mehrere Tage, die nicht seltene Nebenerscheinung häufigen und erschwerten Urinierens, die spontane Bitte der Kranken, zu den intramuskulären Einspritzungen zurückzukehren, all das veranlafst Straufs denn doch den epiduralen Injektionen mit den von ihm gebrauchten Quecksilbersalzen nicht das Wort zu reden. Aber die Beobachtung, dafs mit Hg-salzen epidural injizierte Kranke 3—4 mal nachts und bei Tage fast jede Stunde urinieren mufsten, dafs andere längere Zeit pressen mufsten, ehe sie ihr Bedürfnis befriedigen konnten, „ist charakteristisch für die Thatsache, dafs die epiduralen Injektionen sowohl bei Inkontinenz als auch bei Retentio urinae Erfolge zeitigen, und bietet der von Cathelin aufgestellten Theorie über die Wirkungsart der Einspritzungen eine nicht unwesentliche Stütze“!

Jesionek-München.

Spermatorrhea et impotentia coeundi post masturbationem. Von Poltawzew. (Journal Koschnich y Veneritscheskich Bolesnej II.)

Diese im allgemeinen wenig interessante Leidensgeschichte eines passionierten Onanisten nimmt eine andere Wendung im 26. Jahre seines Lebens durch Acquisition eines Trippers, seit welchem Ereignis die aus der Harnröhre gewonnene Samenflüssigkeit „reichliche bazillenartige Bakterien, die in hohem Mafse an die Koch'schen Bazillen erinnern“, enthält. Dieser Befund wurde mehrfach festgestellt. C'est tout. —

Sedlmayr-Borna.

A case of Filaria Bancrofti. Von F. T. Brown. (Proceed. of the New York Pathol. Soc. March 1903.)

Der 34 jährige Patient bemerkte seit 2 Monaten Schwellung des linken Hodens. Man stellte die Diagnose auf Tbc. und entfernte den Hoden nebst einem Teile des Samenstranges. Bei der Untersuchung des Präparates fand man im Hoden selbst einen Knoten, welcher aus einer Kapsel bestand, die mit einer gelblich-weifsen, zähen Flüssigkeit gefüllt war, in welcher mikroskopisch Filariaembryonen nachgewiesen werden konnten.

von Hofmann-Wien.

Traitement de l'éctopie testiculaire. Von Payrot und Souligoux. (Congrès de chir. 02. Revue de chir. 1902, XI, p. 679.)

Die Ectopia testis kommt zustande durch die Elastizität des Samenstranges und des Hodensackes, indem der Hoden nach oben gezogen und getrieben und vor dem Orificium externum canalis inguinalis festgelegt wird. In allen 14 operierten Fällen ist es den Verff. gelungen, durch Fixation des Samenstranges und Verengerung des Hodensackes oberhalb des Hodens diese Lageveränderung zu beseitigen.

Hentschel-Dresden.

Transposition opératoire du testicule. Méthode de Longuet. Von Pélicier. (Thèse de Paris 1902.)

Dieses Verfahren, in Deutschland als Winkelmannsche Operation bekannt, läfst sich auch zur Behandlung der Varikocele verwenden. Man macht in diesem Falle in der Nähe des Gliedes einen Hautschnitt. Man luxiert dann den Hoden nach aufsen, spaltet die Tunica vaginalis, kehrt sie um und näht sie so um den Samenstrang scheidenförmig, dafs sie die Blutgefäfse komprimiert, und bildet dann möglichst hoch im Hodensack unter stumpfer Präparation eine Höhlung, in welche man den Hoden versenkt. Von 6 Operierten erwiesen sich 3 nach längerer Zeit als vollständig geheilt. Man kann diese Operation auch unter Kokainanästhesie machen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Traitement de l'hydrocèle par le procédé de Doyen modifié. Von G. Faugère. (La Presse méd. 1903, S. 201.)

Die Modifikation besteht darin, dafs die nach diesem Verfahren bekanntlich umgestülpte Tunica vaginalis fest mit der Nachbarschaft der Epididymis durch eine Naht vereinigt wird; dadurch wird die Bildung eines toten Raumes verhindert. Nach 6—7 Tagen ist gewöhnlich die Vereinigung vollzogen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Akute Hydrocele und Leistenbruch. Von E. Maillefert. (Wiener klin. Rundschau Nr. 24, 1903.)

M. berichtet über einen 5jährigen Patienten, bei dem sich plötzlich eine Geschwulst in der Leistengegend entwickelte, welche die Erscheinungen einer eingeklemmten Hernie hervorrief. Der Tumor erwies sich als eine rechtsseitige Hydrocele funiculi und war am nächsten Tage verschwunden und das Wohlbefinden des Kindes wiederhergestellt.

von Hofmann-Wien.

Ein Präparat von **Harnsteinbildung im Skrotum,** demonstriert von Luksch im Verein deutscher Ärzte in Prag. (Prag. med. Wochenschrift Nr. 4, 1903.)

Der 50jährige Mann war in bewufstlosem Zustande aufgenommen worden und nach 2 Tagen gestorben. Bei der Sektion fand man einen Stein im rechten Ureter. Die Pars membranacea urethrae war teils narbig verändert, teils zerklüftet und stand mit dem Scrotum in Verbindung. In letzterem fanden sich zahlreiche teils mit Jauche, teils mit Konkrementen gefüllte bis haselnufsgrofse Höhlen. Die Konkremente bestanden der Hauptsache nach aus Phospaten, der Ureterstein aus phosphorsaurem und oxalsaurem Kalk. von Hofmann-Wien.

Experimentelle Untersuchung über die Anastomosenbildung an den ableitenden Samenwegen bei der Nebenhodenresektion. Von Dr. Bogoljuboff. (Archiv f. klin. Chirurgie 70. Bd. 3. H.)

B. ist es geglückt, an Versuchstieren den Nachweis zu liefern, dafs sich die durch Nebenhodenresektion unterbrochene Kontinuität der

ableitenden Samenwege mit Hilfe einer Anastomosenbildung wiederherstellen läfst.

Die Operation wurde an den Tieren nach zwei Typen ausgeführt. Typus I. Totale Resektion des Nebenhodens mit darauffolgendem Einnähen des Vas def. in den Testieulus. Das Einnähen geschah in der Weise, dafs im Gebiete des Rete testis (resp. der Vasa efferentia) mit dem Messer eine kleine Schnittwunde angelegt wurde, in die das Vas def. eingenäht wurde.

Typus II. Resektion der unteren Hälfte der Epididymis und Einnähen des Vas def. in die Substanz der oberen Partie des Nebenhodens, ähnlich wie bei Typus I. Es wurden 20 Operationen an 10 Versuchstieren (5 Hammeln, 4 Hunden und 1 Pferde) ausgeführt.

Die Anastomosenbildung wurde geprüft durch Injektion einer Leimmasse vom Vas def. aus durch die anastomotische Stelle hindurch. Von 18 Injektionsversuchen sind 10 als gelungen zu betrachten.

Als Ergebnis der Experimente wäre zusammenfassend folgendes anzuführen.

Die Operation wurde von den Tieren meist gut überstanden und hatte einen günstigen Verlauf. Das eingenähte Vas def. verwächst unbehindert mit dem Hoden und Nebenhoden. An der Verwachsungsstelle bildet sich eine Anastomose durch Vermittelung eines intermediären Hohlraumes, in welchen einerseits das Vas def., andererseits aber die Kanälchen des Nebenhodens (resp. Hodens) ausmünden. Die Anastomose ist für die Injektionsstelle durchgängig. S. Jacoby-Berlin.

De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques. Vésioulite des prostatiques. Von R. Pichon. (Thèse de Lyon 1900.)

Dissertation mit folgenden Schlufsfolgerungen:

Die Veränderungen der Samenblasen bei nicht infizierten Prostatikern bestehen in einer Altersatrophie der Muskelschicht, die durch Bindegewebe ersetzt ist. Bei infizierten Prostatikern können Krankheitskeime auf dem Lymphwege in Samenblasen und Zellgewebe gelangen und eine in Sklerose übergehende Eiterung in den Samenblasen und dem perivesikulösen Gewebe hervorrufen. Von dieser Vesiculitis verschieden ist die durch Gonorrhoe oder Tuberkulose verursachte Samenblasenerkrankung.

Hentschel-Dresden.

Kyste du cordon. Calcul vésical. Von Lognifer. (Soc. d'anatomie pathol. de Bruxelles 1902, 11. Nov.)

L. demonstriert eine hühnereigrofse Cyste des Samenstranges, die er bei einem $10^1/_2$ jährigen Knaben exstirpiert hatte.

Weiter demonstriert er einen 6 cm langen, $1^1/_2$ cm breiten, von einem 16 jährigen idiotischen Kinde stammenden, Phosphatstein.

Dreysel-Leipzig.

Seltene Affektionen des Testikels. Von Derlin. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1902, Aug.)

D. berichtet über 2 Fälle von Hodenaffektion. Der eine betrifft



einen hämorrhagischen Infarkt infolge Torsion des Samenstranges, der andere eine sarcomatöse Degeneration des noch im Abdomen befindlichen Testikels. Der erste Fall, ein 64jähriger Mann, wurde durch Operation geheilt, bei dem zweiten, einem 37jährigen Manne, trat nach Exstirpation des Hodens gleichfalls Heilung ein; die Untersuchung des Tumors bei diesem ergab ein Rundzellensarkom. Dreysel-Leipzig.

Méthode rationelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule. Von F. Villar. (Congrès fr. de chir. 1902. Revue de chir. 1902, XI, p. 677.)

Der bei Karzinomoperationen in der Chirurgie gültige Grundsatz, alles Krankhafte zu entfernen und möglichst weit im Gesunden zu operieren, soll auch bei den malignen Tumoren des Hodens voll zur Anwendung kommen. Verf. operiert dementsprechend und teilt die Einzelheiten seiner Methode mit. Hentschel-Dresden.

Beiderseitige Kastration bei einem 62jährigen Manne. Von Grzés. (Der Militärarzt 02, 13 u. 14.)

Bei einem 62jährigen Manne mit alter Lues wurde wegen tuberkulöser Fisteln an beiden Skrotalhälften die doppelseitige Kastration in Schleichscher Lokalanästhesie vorgenommen. Reaktionslose Heilung in 14 Tagen. Mehrere Wochen nach der Entlassung führte jedoch der rasch auf Prostata, Blase und Nieren fortschreitende tuberkulöse Prozefs zum Exitus. Hentschel-Dresden.

Le traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule. Von Calot. (Congrès de chir. 1902. Rev. de chir. 1902, XI, p. 678.)

C. tritt für eine konservative Behandlung der tuberkulösen Epididymitis und Orchitis ein. Seit 10 Jahren will C. in 20 Fällen aller Grade der Erkrankung nur durch Injektionen von Kamphernaphthol und Aufenthalt an der See Heilung erzielt haben. Hentschel-Dresden.

Fall von Hodentuberkulose. Von Grzés. (Der Militärarzt, Wien 02, 13 u. 14.)

Bei einem 62jährigen Patienten mit alter Lues und Fistelbildung an beiden Hodensackhälften konnte nach einer erfolglos durchgeführten antiluetischen Kur bei der Operation Tuberkulose diagnostiziert werden. Heilung nach 14 Tagen, jedoch Exitus nach einigen Wochen wegen ausgedehnter Tuberkulose der Urogenitalorgane. Hentschel-Dresden.

3. Erkrankungen der Urethra und des Penis.

Über einen Fall von Erfrierung des Penis. Von E. Uspenski. (Wratschebn. Gaz. 03, 16.)

Ein 22jähriger sibirischer Bauer bemerkte während einer langen Fufswanderung, dafs die Eichel weifs und knochenhart geworden war.

Er rieb das Glied 10 Minuten lang mit Schnee. Da aber Ödem und Schmerzhaftigkeit sich einstellten, suchte Patient das Krankenhaus auf. Um das Orificium urethrae war die Haut in Markstückgröfse nekrotisch, an der Unterseite des Penis fand sich eine 5 cm lange, 3 cm breite weifse Blase, Fieber bis 39,7. Nach Abstofsung der nekrotischen Partieen erfolgte gute Heilung in 16 Tagen; nur der Penis wird durch die Narbe etwas nach unten gezogen. Hentschel-Dresden.

Ein durch seine Lokalisation seltener Fall von Anthrax des Penis und Skrotum. Von Bauer. (Chirurgia Bd. 12, Nr. 72.)

Ein 20jähriger Patient fand wegen Gangrän der Penis- und Skrotalhaut Aufnahme in das Krankenhaus. Die Krankheit soll sich aus einem kleinen Pickel in der Nähe der Peniswurzel innerhalb vier Wochen entwickelt haben. Der Arzt hatte Pustula maligna diagnostiziert und eine entsprechende Behandlung eingeleitet. Die Defekte wurden mit Thiersch'schen Lappen aus dem Oberschenkel gedeckt. Gute Heilung. Anamnestisch ist bemerkenswert, dafs vor Beginn des Leidens im Gehöft des Patienten 5 Stück Rindvieh zu Grunde gegangen waren, deren Felle im Stalle aufgehängt wurden. Hentschel-Dresden.

Die gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra. Von G. Löwenbach. (Zeitschr. f. Heilk. 03, Bd. 24. 1.)

Von der ausführlich gegebenen Pathologie sei nur hervorgehoben, dafs das Leiden am Orificium urethrae in Form eines scharfen Geschwürs beginnt, mit prallelastischem Ödem der Umgebung, welches späterhin zur Elephantiasis führt. Dieser ulcerativ-cicatriziell-elephantiastische Prozess hat an und in der Urethra, meist nur im vorderen Drittel derselben, sowie in den umgebenden Teilen mannigfache Veränderungen zur Folge. Die Affektion tritt meist im mittleren Lebensalter auf, durchschnittlich 5—7 Jahre nach der Infektion, und verläuft äufserst chronisch. Unter den 28 Fällen des Verfs. befanden sich 8 Prostituierte. Die Prognose ist mit Rücksicht auf die Komplikationen keineswegs eine stets günstige. Die Therapie ist die antiluetische mit entsprechender Lokalbehandlung. Fälle im vorgerückten Stadium verhalten sich refraktär und sind nur symptomatisch zu behandeln. Hentschel-Dresden.

Über die Kapazität der Urethra anterior bei Japanern. Von B. Asakura. (Monatsber. f. Urol. 03, VIII. Bd.. 5. H.)

A. hat bei 50 mit chronischer Gonorrhoe behafteten Japanern mittelst Spritze und Irrigators die Kapazität der Urethra gemessen und am häufigsten eine Kapazität von 8, 9 und 10 ccm gefunden. Diese Ergebnisse stehen den von Dreysel, Löb, Guiard und Lavaux bei Europäern erhaltenen Durchschnittswerten um ein geringes nach. Verf. empfiehlt, immer 3 Spritzen von 8, 9 und 10 ccm Inhalt vorrätig zu halten und den Patienten ihrer Kapazität entsprechende Spritzen abzugeben. Eine mehr als 10 ccm fassende Spritze soll nicht verwendet werden. Hentschel-Dresden.

Irrigation in acute urethritis. Von A. L. Chute. (Boston Med. and Surg. Journ. 1903, 12. Febr.)

Die Schlufsfolgerungen des Verf. lauten: 1. Irrigationen der Harnröhre geben bei akuter Urethritis die besten Resultate. 2. Sie verschaffen dem Kranken sofortige grofse Erleichterung. 3. Die Heilung tritt zum mindesten ebenso früh wie bei den übrigen Methoden ein. 4. Komplikationen sind für später wenig zu befürchten.

Dreysel-Leipzig.

Diagnostic et traitement urétroscopique des urétrites chroniques. Von G. Luys. (La Presse méd. 1903, p. 317.)

L. hält für das beste Urethroskop das Oberländersche mit der Valentineschen Glühlampe. Er hat folgende Modifikationen an demselben eingeführt: 1. eine bewegliche Lupe an dem Griffe des Lichtträgers, der gestattet, die Harnröhrenschleimhaut und ihre Läsionen vergröfsert zu sehen; 2. eine isolierende Masse in dem leeren Raume zwischen Lichtträger und Glühlämpchen, wodurch Kurzschlufs verhindert wird; 3. leicht auswechselbare Lichtträger von verschiedener Gröfse, so dafs man die Harnröhre mit Tuben von verschiedener Länge untersuchen kann. In hartnäckigen Fällen von Gonorrhoe führen weder die gebräuchlichen Untersuchungsmethoden, die Untersuchung mit der Knopfsonde noch die mikroskopische des Sekrets, noch die üblichen Spülungen und Instillationen zum Ziele, sondern einzig und allein die endoskopische Untersuchung und Behandlung nach den Prinzipien Oberländers und seiner Schüler, speziell Kollmanns. L. bespricht die verschiedenen urethroskopischen Veränderungen und ihre Behandlung an der Hand mehrerer Krankengeschichten, wobei 13 gröfstenteils mehrfarbige Abbildungen das Instrumentarium und die wichtigsten Läsionen illustrieren.

(Diese sehr lesenswerte Abhandlung ist, trotzdem sie fast nur Bekanntes bringt, um deswillen sehr bemerkenswert, weil sie zum ersten Male in Frankreich voll und ganz die Diagnose und Therapie der chron. Gonorrhoe nach den Prinzipien Oberländers behandelt und sie als einen Fortschritt der alten in Frankreich bis jetzt üblichen Methode gegenüberstellt. Der Ref.). R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Résultats durables et traitement des rétrécissements de l'urètre. Von Desnos. (Vortrag vom XIV. internat. med. Kongrefs zu Madrid.)

Die Hauptsache besteht darin, sich nicht damit zu begnügen, ein normales Kaliber der Harnröhre herzustellen, sondern alle Infiltrationen, Narbenstränge und Vorsprünge zu beseitigen; eventuell mufs man die sekundäre Uretrotomie machen. Die besten Resultate erzielte D. mit einer Kombination der systematischen progressiven Dilatation mit einer langsamen Elektrolyse nach Newmann, wobei sehr schwache Ströme zur Anwendung kommen. Besonders gut wirkt die Elektrolyse bei alten indurierten Harnröhren. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par le massage. Von Bartrina. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 10.)

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dafs man bei der Behandlung der Strikturen rascher zum Ziele kommt, wenn man mit der Sondierung die Massage der Striktur über der Sonde verbindet. Seine pathologisch-anatomischen Untersuchungen haben ergeben, dafs selbst bei den ältesten Strikturen neben und besonders unter dem sklerotischen Gewebe noch frischere Entzündungsherde sich befinden. Diese glaubt er durch Massage zur Entleerung und Resorption zu bringen. Die Sonde wirkt nicht nur rein mechanisch erweiternd, sie ruft auch eine Leukocytenwanderung hervor. Um die sklerotische Barriere zu durchbrechen, müssen die Leukocyten sich einen Weg bahnen zwischen den Maschen des fibrösen Gewebes. Verf. stellt sich vor, dafs durch diese Arbeit der Leukocyten eine Erweichung der Striktur zustande kommt, wodurch die Erweiterung der Striktur und auch die Beseitigung der Infiltrate erleichtert wird. Angefügt ist eine Kasuistik über 14 Fälle von Strikturen, deren Behandlung durch Sonden und Massage gute Resultate gab.

Schlodtmann-Berlin.

Urethral stricture. Von F. D. Patterson. (St. Paul Med. Journ. July 1903.)

P. ist ein Anhänger der Dilatationsbehandlung und will die Urethrotomia interna nur für jene Fälle von vorn gelegenen Strikturen reserviert wissen, welche kontinuierlicher oder intermittierender Dilatation hartnäckigen Widerstand leisten, oder für elastische Strikturen, welche zwar Sonden ziemlich grofsen Kalibers ohne Widerstand passieren lassen, aber nach Entfernung derselben sich wieder zusammenziehen. Für hinter dem Skrotum gelegene Strikturen ist nur die Urethrotomia externa angezeigt.

von Hofmann-Wien.

Sopra un caso di Cowperite. Von Viana. (Gazz. degli osp. e delle clin. 1903, 147.)

Eine abscedierende Cowperitis hält Verf. stets für die Folge eines Traumas. Es erkrankt meist nur eine Drüse. Ein Patient mit einer 4 Jahre alten Blennorrhoe erkrankte nach einer anstrengenden Radfahrt an einer linksseitigen Cowperitis mit Fieber, Harn- und Stuhlbeschwerden. Die Drüse wurde excidiert, die genähte Wunde heilte per primam.

Hentschel-Dresden.

Ein Fall von Tuberkulose der Urethra. Von A. Craciunescu. (Pest. med. chir. Presse 1903, S. 245.)

Der 37jährige Patient wurde 4 Jahre vorher wegen kalten Abscesses in der Gegend des l. Darmbeins operiert und leidet seit kurzer Zeit an Nierenschmerzen. In dem sonst normalen Urin sind $^1/_2$—2 cm lange eiterkörperchenhaltige Fäden, in welchen Tuberkelbazillen nachweisbar sind. Etwa 7 Wochen später entstand eine Entzündung des l. Hodens- und Nebenhodens, die unter roborierender Diät und Jodkalisalbe

stabil blieb. Es handelte sich anscheinend um einen tuberkulösen Prozeſs, der von der Pars membranacea nach den Duct. ejaculat. und Hoden übergriff. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

4. Gonorrhoe.

Bakteriologische Studien über Gonococcus Neisser. Von Wildbolz-Bern. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 64, H. 2.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

In fünf Abschnitten behandelt Verf. obiges Thema und giebt im ersten einen neuen Gonokokkennährboden an, den Pseudomucinagar, der jedoch nur als Ersatz für den Fall dienen soll, daſs steriles Serum oder serumhaltige Flüssigkeiten nicht zu erhalten sind. Bei Verwendung des Pseudomucinagars sowohl wie bei derjenigen der mit Ascitesflüssigkeit dargestellten Nährböden beobachtete Verf. eine opakweiſse Färbung der Gonokokkenkulturen im Gegensatz zu anderen Autoren, welche die Farblosigkeit hervorheben. Nach einigen Übertragungen wurden sie wieder farblos oder grauweiſs. Wegen dieser Variabilität der Färbung warnt Verf. davor, dem makroskopischen Aussehen zu viel Bedeutung beizulegen.

Die Ansicht Wassermanns, daſs die Gonokokken aus chronischen Gonorrhöen geringere Vitalität (langsameres Wachstum, gröſsere Zahl von Involutionsformen, Herabsetzung der Fortzüchtbarkeit) besitzen, kann Verf. nicht teilen, da er aus acht sicher chronischen Gonorrhöen die Gonokokken 30—40 Generationen hindurch fortzüchten konnte. Während ferner Wassermann auf demselben Nährboden, auf welchem die Gonokokken ihr Wachstum eingestellt hatten, andere Stämme wachsen sah, war dem Verf. die Neuimpfung solcher Nährböden nicht möglich. Er erklärt dies im Gegensatz zu Wassermann aus einem Verbrauch der Nährstoffe, jedoch können auch die von den Gonokokken erzeugten Stoffwechselprodukte in vivo das Wachstum der Kultur zum Stillstand bringen. Umfangreiche Untersuchungen des Verf.s über das Wachstum der Gonokokken auf serumfreien Nährboden ergaben, daſs die auf serumhaltigen Nährböden in meist 4—10 Generationen gezüchteten Gonokokken (aus Genitalgonorrhöen) in verschieden rascher Zeit die Fähigkeit gewinnen, auch auf serumfreien Nährböden in einer oder mehreren Generationen zu wachsen.

Was den diagnostischen Wert des Kulturverfahrens betrifft, so glaubt Verf. im allgemeinen, daſs die Kultur nur selten mehr als eine Bestätigung der mikroskopischen Diagnose leisten wird. Im letzten Abschnitt teilt Verf. die Resultate seiner Tierversuche mit. Danach ist die Pathogenität der in serumfreier Nährbouillon gezüchteten Gonokokken für Meerschweinchen geringer, als die Pathogenität der auf serumhaltigen Nährböden gezüchteten Bakterien, und zwar war bei älteren, mehr toxinhaltigen Kulturen die letale Dosis geringer, als bei jüngeren.

Hinsichtlich der Agglutinationsfähigkeit ergaben die Versuche, daſs menschliches normales Blutserum die Gonokokken nicht agglutiniert, desgleichen normales Meerschweinchenserum, wohl aber die Sera von

Meerschweinchen, welche nach intraperitonealer Injektion einer Serumbouillonkultur mit Krankheitserscheinungen reagiert hatten.

Hentschel-Dresden.

Wie lange ist die chronische Gonorrhoe des Mannes als infektiös anzusehen? Von Karl Doctor. (Klinikai füzetek. 1902, 12. H.)

Ausgehend von der durch Neisser inaugurierten, nun allgemein akzeptierten Ätiologie der Gonorrhoe bespricht D. zunächst diejenigen wichtigen Verfahren zur Konstatierung des Gonococcus, welche Gemeingut aller Fachmänner geworden sind. Er stellt es aber als wichtig hin, dafs vorwiegend die Filamente des Urins in eingehender Weise untersucht werden und zwar wünscht er zunächst die Färbung nach Ziehl; sind aber die Gonokokken nur spärlich, empfiehlt er das Verfahren nach Schütz und schliefslich behufs Feststellung der Identität des Gonococcus das Verfahren nach Gram. Geben diese Methoden ein negatives Resultat, so ist Sekret zu provozieren und neuerlich zu untersuchen. In zweifelhaften Fällen ist überall noch die Kontroll-Impfung zu machen.

In seinen Schlufsfolgerungen meint D., dafs wir eine vollkommene Heilung solange nicht aussprechen dürfen als in dem Filamenten die Eiterzellen den Epithelzellen gegenüber prävalieren. Es ist sonach nach D. die Infektiosität nur dann zu konstatieren, wenn wir das Urethralsekret resp. die Filamente des Urins einer mehrmaligen mit Kulturverfahren verbundenen Untersuchung unterzogen haben. Wenn hernach das Resultat mit dem subjektiven klinischen und endoskopischen Befunde stimmt und beweiskräftig geworden ist, so können wir die infektiöse Natur des Prozefses aussprechen resp. ausschliefsen. Feleki-Budapest.

Zur Therapie der Gonorrhoe. Von Pick. (Therapie der Gegenwart, 1903.)

Wir besitzen nach P. im Albargin ein Antigonorrhoikum, das in Bezug auf Raschheit der Wirkung und Reizlosigkeit sich den besten bisher bekannten Mitteln gleichwertig erweist, in der Sicherheit bezüglich der Dauer der Wirkung sie scheinbar noch übertrifft. Es wurden 3 mal täglich Injektionen von 5 Minuten Dauer vorgenommen, anfangs mit $^1/_4$ %, nach einer Woche mit $^1/_2$ %, nach einer weiteren Woche mit 1 % Lösung. von Hofmann-Wien.

Sulla dilatazione graduale elettrica nel processo blennorragico cronico mercè l'applicazione dell' idroelettro-dilatatore uretrale. Von Viana. (Gazz. degli ospedali 1902, 81.)

Beschreibung eines katheterartigen, doppelläufigen, zugleich für galvanischen Strom eingerichteten Instrumentes, mit welchem Verf. etwa 20 strikturierende Infiltrate erfolgreich behandelt hat.

Hentschel-Dresden.

Sul valore terapeutico del protargolo. Von Crovetti, Ettore. (Il Morgagni 1902, Parte I, 11.)

Protargol hat sich dem Verf. in 10 Fällen akuter Gonorrhoe als

gutes Mittel bewährt. Argonin und Argentamin werden von ihm übertroffen, auch im Experiment. So z. B. trat bei Vermischung von Argentamin- (1 : 1000) und Argoninlösungen (1 : 500) mit Gonokokkenkulturen keine baktericide Wirkung ein, bei Protargol dagegen bereits bei Mischung mit Lösungen von 1 : 5000. Wichtig ist, dafs eine richtig dosierte Menge der Injektionsflüssigkeit injiziert wird.

Hentschel-Dresden.

L'airolo nella cura dell' uretrite blennorragica. Von Vignolo-Lutati und P. Benassi. (Giornale ital. delle Malatti ven. e della pelle 02, fasc. 1. p. 43.)

Die Verff. haben in 19 Fällen von akuter Gonorrhoe das Airol in 5—25 proz. Glycerinlösung angewandt und kommen zu dem Schlufs, dafs dieses Mittel nur bei Gonorrhoea anterior zu verwenden ist und zwar nur dann mit Erfolg, wenn bald starke Lösungen vertragen werden. Bei anfänglichem Mifserfolg ist auch der Weitergebrauch unnütz.

Hentschel-Dresden.

Gonorrhoische Urethritis bei Kindern männlichen Geschlechts nebst Beschreibung eines Falles von gonorrhoischer Urethritis bei einem vierjährigen Knaben. Von W. J. Dukelski. (Russki Wratsch 1903, No. 3.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Ein vierjähriger Knabe und seine siebenjährige Schwester erkrankten an schwerer akuter Gonorrhoe. Anamnestische Angaben fehlen. Aufser Gonokokken fanden sich keine anderen Bakterien. Auf Grund dieser Beobachtungen, sowie der darauf bezüglichen Litteraturangaben stellt Verf. 7 Thesen auf, die längst Anerkanntes enthalten. Der am Schlusse ausgesprochene Wunsch, dafs die Idee einer ärztlichen Untersuchung der Dienstboten, als der häufigsten Infektionsquelle für Kinder, möglichste Verbreitung finden möge, dürfte schwer in Erfüllung gehen.

Hentschel-Dresden.

Zur Kasuistik der akuten parenchymatösen gonorrhoischen Prostatitis. Von Dr. Arthur Jordan-Moskau. (Monatsberichte f. Urologie 1903, VIII. Bd, 3. Heft.)

Während die katarrhalische und follikuläre Prostatitis wenige oder gar keine Beschwerden verursachen, ist die parenchymatöse Form oder der Prostataabscefs von erheblicher Störung des Allgemeinbefindens begleitet. Unter seinen 482 Gonorrhoefällen fand Verf. 13 mit Prostataabscefs (3.7 %), davon 9 leichte, die in 5—10 Tagen zurückgingen und 5 schwere. Unter 17 Fällen von Prostataabscefs bei diesen 13 Patienten (bei einem 4 mal) kam es 13 mal zum Durchbruch in die Urethra, 2 mal in das Rektum, 1 mal am Perineum, 1 mal wurde operiert.

Die Prognose quoad vitam ist im allgemeinen gut, wenn auch Todesfälle beschrieben sind, weniger gut quoad valetudinem.

Therapeutisch genügen Mafsnahmen zur Erleichterung der Beschwerden und zur Beförderung des Durchbruches; sobald sich Fluktuation zeigt, ist ein operatives Verfahren indiziert, um einem Durchbruch an einer gefährlichen Stelle vorzubeugen. Hentschel-Dresden.

Über chronische gonorrhoische Prostatitis. Von Waelsch. (Prager med. Wochenschr. Nr. 15 u. 16, 1903.)

Von 200 chronischen Gonorrhoen erwiesen sich 162 (81 %) mit chronischer Prostatitis kompliziert. Nur in 3 Fällen war die Urethra posterior intakt. Die Symptome waren in der Mehrzahl der Fälle sehr geringfügig. Prostatorrhoe fehlte meist. 6 mal bestanden die charakteristischen nervösen Beschwerden. Bezüglich der Heilbarkeit ist W. der Ansicht, dafs durch die üblichen therapeutischen Mafsnahmen wohl ein Teil der Fälle zu vollkommener Heilung gebracht werden kann, dafs aber in zahlreichen, besonders inveterierten Fällen dauernd Besserung oder Heilung nicht erzielt werden kann. Durch zu energische Behandlung kann oft das Krankheitsbild verschlimmert werden, wie ein mitgeteilter Fall beweist. von Hofmann-Wien.

Infection gonococcique d'un kyste de la verge avec uréthrite blennorrhagique consécutive. Von Abbutin und Druelle. (Le progrès médical 1903, Nr. 4.)

Eine kleine Cyste an der Unterseite des Penis, 6 cm von der Spitze entfernt, zeigte sich 5 Tage nach einem Coitus blennorrhagisch infiziert. Sekundär trat eine Urethritis gonorrhoica auf, 13 Tage post coitum. Hentschel-Dresden.

Case of gonorrhoeal gingivitis. Von Vines. (Brit. Med. Journ. Febr. 21, 1903.)

Bei einem Arbeiter mittleren Alters entwickelte sich 3 Wochen nach Beginn einer Gonorrhoe unter Fiebererscheinungen heftige Stomatitis. Im Sekrete des Zahnfleisches waren Gonokokken nachweisbar. Heilung nach 3 Wochen unter Spülungen mit hypermangansaurem Kali, später mit Ferrum sesquichloratum. von Hofmann-Wien.

La phlébite des membres, complication de l'infection blennorrhagique. Von Caraës. (Gaz. hebdomadaire 1902, No. 14.)

Vorkommen häufiger bei Männern. Prognose im allgemeinen günstig ausnahmsweise Lungenembolie; die unteren Extremitäten öfter betroffen Diagnose uuschwer bei Feststehen der genitalen Erkrankung.

Sedlmayr-Borna.

Über einen Fall von Staphylomykose nach Gonorrhoe. Von Bjelogolowy. (Russki Wratsch 03, 2.)

Bei einem 19jährigen Patienten, der wegen akuter Gonorrhoe von seinem Nichtarzte mit Injektionen behandelt wurde, entwickelten sich entlang der Harnröhre kleine Eiterpusteln. Unter schweren septischen Allgemeinerscheinungen traten derartige Effloreszenzen am ganzen Körper auf. Kulturen aus dem Blute ergaben Staphylococcus pyogenes albus, keine Gonokokken. Daher glaubt B. annehmen zu können, dafs hier eine Staphylokokkensepticämie vorlag. Therapeutisch wirkte das Ugt. Credé (3—4 g) anscheinend gut, die gewöhnlichen Fiebermittel blieben ohne Erfolg. Hentschel-Dresden.

Über Hautgeschwüre gonorrhoischer Natur. Von Dr. Salomon. (Aus der Hautkrankenstation Herxheimers im städt. Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 9.)

Bei einer an Gonorrhoe der Urethra und der Cervix leidenden Patientin beobachtete S., dafs „die grofsen und kleinen Labien aufserordentlich geschwollen waren, besonders rechts. Hier, am oberen Drittel der kleinen Labie, auf dem Kamme derselben, sitzt ein etwa 3 cm langes, $1^1/_2$ bis 2 cm tiefes längs gestelltes, scharf geschnittenes Ulcus mit nicht sehr indurierten Rändern, das einen schwärzlichen schmutzigen Belag hat, der im Abstofsen begriffen ist." Nach einiger Zeit indifferenter Behandlung machte das Geschwür den Eindruck, „als läge eine mit einem scharfen Messer gesetzte Schnittwunde vor: der Querschnitt des ganzen Ulcus ist keilförmig, die Spitze nach unten liegend. Die Ränder sind jetzt scharf und härter infiltriert. Von einem eigentlichen Geschwürsgrunde kann man kaum sprechen, da es sich um 2, in spitzem Winkel zueinander stehende Wundflächen handelt." Diese Wundflächen sind von eitrigem Sekret bedeckt, bluten leicht und sind sehr schmerzhaft. Einwandsfreie tinktorielle und kulturelle Prüfung ergab, dafs anfangs fast nur Gonokokken nachzuweisen waren, dafs die Anwesenheit von Staphylokokken allmählich zunahm. Am 9. Tage der Beobachtung war auch auf dem Kamme der linken kleinen Labie ein etwa $1^1/_2$ cm langes, längs gestelltes, stark secernierendes Ulcus mit scharfem, livid verfärbtem, hart infiltriertem Rande zu bemerken; auch das neue Ulcus ist bei Berührung schmerzhaft und blutet leicht; auch hier zwei glatte Wände von derselben Ausdehnung; bakteriologisch der nämliche Befund wie bei dem ersten Geschwüre. Es handelte sich zweifellos um gonokokkenhaltige Ulcera; in einem excidierten Stückchen des ersten Ulcus waren auch im Gewebe G. nachgewiesen worden. Handelte es sich in diesem Falle ursprünglich um Abscesse, die nach aufsen durchgebrochen waren, oder um primäre Ulcera? Es läfst sich nicht in Abrede stellen, meint Verf., dafs seine Beobachtung in manchen Punkten mit dem Falle Gravagnas in Parallele gezogen werden könnte; dort hatte es sich um multiple Abscesse gonorrhoischer Natur mit zum Teil analoger Lokalisation gehandelt; Gravagna hatte die Anschauung ausgesprochen, dafs diese Abszesse in ähnlicher Weise zu beurteilen seien, wie die Bubonuli bei Ulcus molle. Für seinen Fall glaubt S. jede Beteiligung des Lymphgefäfssystemes ausschliefsen und die Beobachtung Swinburnes als Analogon betrachten zu dürfen. Dieser hatte eine schankerähnliche ulcerierte Folliculitis gonorrhoica am Praeputium beschrieben. Trotz dieses Hinweises auf die „Folliculitis gonorrhoica" scheint S. nicht geneigt, auch für seinen Fall an eine primäre Folliculitis denken zu wollen, sondern läfst mit Rücksicht darauf, dafs „die Affektion von aufsen durch das von der Patientin spontan zugestandene Kratzen erfolgte", die Frage offen, ob es sich nicht doch um primäre Ulcera gonorrhoischer Natur gehandelt habe.

Jesionek-München.

Gonorrhoische Arthritis. Von Markheim. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 72, Heft 2.)

Verf. berichtet über 52 Fälle von gonorrhoischer Arthritis. Nicht selten waren mehrere Gelenke zu gleicher Zeit erkrankt; am häufigsten war das Kniegelenk affiziert. Die Behandlung bestand in Bettruhe, Diät, sorgfältiger Behandlung der Urethritis oder Cervicitis, kalten Umschlägen auf das erkrankte Gelenk, Massage mit Ichthyol, heifsen Luft- und Sandbädern. In einigen Fällen wurde innerlich Salol gegeben. Wegen Hydrops des Gelenkes machte sich bei einem Falle eine Operation nötig. Die Erfolge waren gute, obwohl Ankylose sich nicht selten einstellte; 13 Fälle wurden vollständig geheilt, komplette Ankylose stellte sich bei 5 Fällen ein, bei 7 blieb eine gewisse Steifheit, und bei den übrigen eine leichte Schwellung zurück. Dreysel-Leipzig.

Über einen Fall von Endocarditis gonorrhoica. Von E. Ritter von Frendl. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27, 1903.)

Der 20jährige Patient hatte 3 Wochen vor der Aufnahme eine Gonorrhoe acquiriert. Am Tage nach der Aufnahme klagte er über Schmerzen in der Herzgegend. Bei der Auskultation fand man an der Herzspitze dumpfe Töne, an der Herzbasis und über dem Brustbein ein systolisches Geräusch. Die Perkussion ergab normale Verhältnisse. Mäfsiges Fieber. Unter zunehmender Atemnot und Steigerung des Fiebers trat am 4. Tage nach der Aufnahme der Exitus ein. Bei der Autopsie fand man im Herzbeutel circa 2 Efslöffel gelblichen, mit Fibrinflocken untermengten Eiters. Das Perikard gerötet, fein injiziert, mit Ekchymosen besetzt; stellenweise zarte fibrinöse Auflagerungen. An den Aortenklappen zeigten sich folgende Veränderungen: An der hinteren Klappe fand sich entsprechend der Basis eine circa 2 mm lange Lücke, welche von einem erbsengrofsen Gerinnsel bedeckt war. Von der rechten Klappe fehlte die ganze innere Hälfte. Der Rest flottierte frei. Aufserdem bestand parenchymatöse Degeneration des Herzens, der Leber und der Niere. In den endokarditischen Auflagerungen konnten sowohl durch Färbung als durch Kultur charakteristische Gonokokken nachgewiesen werden.

von Hofmann-Wien.

Ein Fall von Gonokokkenpneumonie. Von Dr. Bressel (Diakonenkrankenhaus zu Duisburg a. Rh.). (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 13.)

Ein 32jähriger Mann, der wegen Gonorrhoe seit Wochen in Behandlung steht, erkrankt eines Abends plötzlich an Kopfschmerzen und Fieber. In den zwei nächsten Tagen steigern sich die Kopfschmerzen und das Fieber, ohne dafs sonst irgendwo ein objektiver Befund sich ergäbe. Am 4. Krankheitstage Morgentemperatur 40,4; LHU vielleicht etwas verkürzter Perkusionsschall. Auch am 5. Tage bei Temperaturen von 40° Befund immer noch so gut wie negativ. Am 6. Tage 39,8, wenig Husten, unter dem linken Schulterblatt fast absolute Dämpfung, Bronchialatmen, reichliches mittel- und grofsblasiges Rasseln in den untersten Partien. 7. Tag 39°, auch RH reichlich Rasseln; Auswurf ist ziemlich reichlich, sehr zähe, mifsfarbig, ohne Blutbeimengung. Mi-

kroskopisch findet man verschiedene Häufchen von Diplokokken, die sowohl ihrer Form, wie vor allem auch der intracellulären Lagerung wegen als Gonokokken angesprochen werden müssen; sie entfärben sich nach Gram. Vom 9. Tage an fällt die Temperatur lytisch ab und kehrt nach 4 Tagen zur Norm zurück; auch auf den Lungen allmähliche Rückbiidung. Die Pulsfrequenz war auch bei den höchsten Temperaturen nicht über 80 gestiegen. — Am 4. und am 7. Krankheitstage sind aus der V. mediana 8 ccm Blut entnommen, mit Agar-Agar vermischt zu Platten ausgegossen worden. Aus dem Blute vom 4. Tage sind 11 kleine graue Kolonien gewachsen, die „makroskopisch durchaus Gonokokkenkolonien geglichen haben.“ Mikroskopisch „war das Bild der Reinkulturen ein äufserst charakteristisches.“ „Bei der ersten Blutentnahme, als die Überschwemmung des Blutes mit Gonokokken eine sehr reichliche gewesen ist, eine ganze Reihe von Kolonien, bei der zweiten (am 7. Krankheitstage), als sich der Infektionserreger bereits lokalisiert hat, keine einzige!“ Jesionek-München.

Lésions histologiques de l'épididymite blennorrhagique. Von Ch. Audry und E. Dalous. (Annal. de la policlin. centr. de Bruxelles 1903, S. 83.)

Ein 22½jähriger Patient, der bereits vor 1½ Jahren eine Gonorrhoe hatte, bekam 14 Tage nach Beginn des zweiten Trippers eine rechtsseitige Hodenentzündung, die immer gröfser und schmerzhafter wurde, so dafs Verdacht auf Tuberkulose entstand. Es wurde deshalb am 19. Tage nach Auftreten der Hodenentzündung eine Probeincision gemacht, 2 Stückchen aus der Epididymis excidiert und, da keine Tuberkulose gefunden wurde, die Wunde geschlossen, worauf Hodenentzündung und Tripper in kurzer Zeit heilten. Die histologische Untersuchung des Excidierten ergab folgendes: Verdickung des Epithels mit vollständigem Schwund der Flimmer, die Zellen haben ihre Gestalt bewahrt, Kerne gut tingibel, Protoplasma fein granuliert. Das Epithel ist stark von Mononukleären infiltriert, aber unregelmäfsig verteilt, neben einzelnen findet man mikroskopische Abscefschen, doch ist am stärksten die Basis und die Höhe des Epithels befallen. Parallel der Entzündung des Epithels verläuft die Infiltration des Bindegewebes, doch sind hier fast ausschliefslich Lymphocyten, Polynukleäre sind nur in der subepithelialen Zone. Trotz der Intensität beschränkt sich die Entzündung auf die unmittelbare Umgebung des Nebenhodenkanales, die ihn umgebenden glatten Muskelfasern sind intakt, und nur die diese Schicht durchsetzenden Lymphgefäfse sind dilatiert und mit Eiterkörperchen erfüllt. Die Epididymitis gonorrh. ist demgemäfs eine erosive und zugleich proliferierende Epithelentzündung mit sekundärer phlegmonöser Lymphangitis.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Gonorrheal puerperal fever. Von F. J. Taussig. (Amer. Gynecol. April 1903.)

T. berichtet über 5 Fälle von gonorrhoischen Puerperalfieber und stellt folgende Schlufsfolgerungen auf:

1. Der Gonococcus ist der ätiologische Faktor in etwa 1/4 aller Fälle von puerperaler Infektion.

2. Wenn die Erkrankung auch fast ausschließlich sekundär von einem anderwärts sitzenden gonorrhoischen Prozeß aus zu stande kommt, so ist sie doch durch eine Infektion der puerperalen Wunden bedingt und muß daher unter die Gruppe der Puerperalfieber eingereiht werden.

3. Der Gonococcus kann in die Uterushöhle gelangen, ohne daß eine innere Untersuchung ausgeführt worden wäre.

4. Häufiger wird der Prozeß durch digitale Untersuchung und operative Eingriffe verbreitet.

5. Die Infektion äußert sich am 6.—8. Tage nach der Entbindung durch Schüttelfrost, Fieber und heftige Schmerzen im Abdomen. Das Fieber ist in der Regel von kurzer Dauer und der weitere Verlauf der Erkrankung ein milder, aber mit Tendenz zum Chronischwerden.

6. Auch wenn die Temperatursteigerung früh auftritt und 40° erreicht, muß es sich nicht unbedingt um eine Mischinfektion handeln, sondern es kann dies allein durch den Gonococcus bedingt sein.

7. Die Diagnose stützt sich auf das verhältnismäßig späte Auftreten, den langsamen regelmäßigen Puls, die mäßige Temperatursteigerung, den reichlichen eitrigen Ausfluß und vor allem auf den Nachweis der Gonokokken.

8. Prophylaxe ist von größerem Wert als die Behandlung. Alle Frauen, die an Gonorrhoe leiden, sollen, soweit dies möglich ist, ohne innere Untersuchung entbunden werden. Die Behandlung sollte auf 1—2 intrauterine Duschen, häufige Vaginalirrigationen und längere Bettruhe beschränkt bleiben.

von Hofmann-Wien.

Polyarthritis bei Blennorrhoea neonatorum. Von Neuburger. Deutsch. med. Wochenschr. 1903. Vereinsbeilage Nr. 15.

Bei einem 5tägigen Kinde mit Augenblennorrhoe kam es unter Fiebererscheinungen zu einer schmerzhaften Anschwellung einer großen Reihe von Gelenken. Mit dem Auftreten der Gelenkerkrankung besserte sich die Bindehautentzündung auffallend rasch; die Gelenkerscheinungen gingen allmählich zurück, und es trat Heilung ein.

Ludwig Manasse-Berlin.

Contribution au traitement local de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. Simplification du manuel opératoire. Von F. Baret. Le progr. méd. 02. 45.

Bei der weiblichen Urethralblennorrhoe hat sich dem Verf. die tägliche Injektion einer Ichthyol-Glycerinmischung zu gleichen Teilen unter starkem Drucke in die Harnröhre am besten bewährt. Zwischendurch injiziert er zuweilen eine 5—10 proz. Arg. nitr.-Lösung, innerlich verordnet er die Balsamica.

Hentschel-Dresden.

Aus der chirurg. Privatklinik von Prof. Emil Burckhardt zu Basel.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen.

Von

Robert Christen.

(Fortsetzung und Schlufs.)

IV. Art der Behandlung und Resultate.

Über die zweckmäfsige Therapie der Harnröhrenstrikturen ist schon viel geschrieben worden; es werden die verschiedensten Behandlungsmethoden angegeben und empfohlen, ein Beweis, dafs keine derselben allgemein befriedigt hat. Während namentlich von französischer Seite der Urethrotomia interna begeistert das Wort geredet wird, sind andere Anhänger der Dilatationsmethode, und wieder andere wollen von der elektrolytischen Behandlung vorzügliche Erfolge gesehen haben. — Von unsern eigenen 400 Fällen waren 67 Fälle früher anderswo schon behandelt worden und zwar mittelst

Dilatation	51 Fälle	(3 Fälle 2 mal)
Urethrotomia externa	9 „	(1 Fall 2 mal)
Urethrotomia interna	14 „	(3 Fälle 2 mal)

Es handelt sich somit in 67 von unseren Fällen um rezidivierende Strikturen, die zum Teil schon mehrfache Behandlung erfahren hatten. Bezüglich der ebengenannten 51 Dilatationsfälle ist zu bemerken, dafs nach den Angaben einer grofsen Zahl dieser Patienten die Sondenbehandlung oft ganz ungenügend und wenig systematisch durchgeführt worden ist. Die Urethrotomia interna hatte immer einen nur vorübergehenden Erfolg. — Was nun die Behandlung unseres Materials anbetrifft, so kommen zunächst nur 333 Fälle in Betracht, denn 62 Patienten stellten sich nur einmal vor, sei es, dafs sie lediglich zur genauen Untersuchung geschickt und dann zur Weiterbehandlung ihren Ärzten wieder zugewiesen wurden, sei es, dafs sie sich der vorgeschlagenen Behandlung nicht unterziehen wollten. Die 333 längere Zeit behandelten Fälle ergeben folgendes:

a) Mit gutem Erfolge wurden behandelt	288	Fälle
b) Es entzogen sich nach einer gewifsen Zeit der Behandlung oder wurden ungeheilt entlassen	36	„
c) In Behandlung sind noch	3	„
d) Es starben		
1. an interkurrenten Krankheiten	2	„
2. an den Folgen der Behandlung	4	„
	333	Fälle

Von den beiden sub d) 1. genannten Todesfällen erfolgte der eine an Urosepsis. Es handelte sich um eine gonorrhoische Striktur bei einem 75jährigen Patienten (Nr. 266), der in septischem Zustande in die Klinik kam. Es wird sofort die Urethrotomia externa gemacht; doch kann die Sepsis nicht mehr hintangehalten werden. Der andere Patient erlag einer Apoplexie. Er trat mit einem periurethralen und periprostatischen Abszess nebst Cystitis in die Klinik ein. Nach der Urethrotomia externa bessert sich der Urin rasch und ebenso das Allgemeinbefinden. Am 12. Tage nach dem Eintritt erfolgt plötzlicher Exitus infolge Apoplexia cerebri. — Die 4 Fälle von Exitus letalis, die oben als „Folge der Behandlung“ notiert sind, werde ich unter den „Komplikationen der Behandlung“ näher besprechen.

Die Behandlungsmethoden, die bei unseren Patienten zur Anwendung kamen, sind folgende:

1. Dilatation (event. mit Meatotomie).
2. Urethrotomie
   a) Urethrotomia externa,
   b) Urethrotomia interna.
   c) Spaltung mitsamt dem Orific. ext.
3. Endoskopische Behandlung.

Die von **Fort** und **Newman** eingeführte und empfohlene elektrolytische Behandlnng wurde nicht geübt.

1. Dilatation.

Als Normalverfahren bei der Strikturentherapie betrachten wir die Dilatationsmethode, d. h. die unblutige, langsame Dehnung der Striktur durch systematische Einführung von Sonden. **Dittel** bemerkt über diese Behandlung: „Die Dilatation ist unstreitig die vorzüglichste Methode und wird höchst wahrscheinlich die allgemeine bleiben.“ Abgesehen davon, dafs sie in der Regel keinen schwereren Eingriff bildet und in der Mehrzahl der Fälle ambulatorisch leicht durchgeführt werden kann, sind die Resultate, wie wir sehen werden, vorzügliche. Bei der Grofszahl der von uns behandelten Strik-

turierten kam die Dilatationsmethode zur Anwendung, d. h. bei 307 von 333 hierher gehörigen Fällen, also in 92,19 % aller Fälle. Die Dilatation wird vorgenommen mit elastischen Bougies und mit Metallsonden. Bei engen und gewundenen Strikturen wird ausnahmlos mit den elastischen Instrumenten begonnen und bis Nr. 18 bis 20 Charrière dilatiert; von diesen Nummern an wird dann die Erweiterung mit Metallsonden fortgesetzt. Bei der Feststellung der Striktur wird die eben noch ein- und durchführbare Nummer einige Minuten (5—10) liegen gelassen, worauf nach 2 Tagen — vorausgesetzt dafs die Sondierung ohne Reaktion geblieben — die Dilatation mit steigenden Nummern weitergeführt wird und zwar so lange, bis die möglichst starken Sonden anstandslos die strikturierte Partie passieren. Dann werden die Patienten angewiesen, sich nach 1, 2, 4, 8 u. s. w. Wochen zur Kontrolle zu stellen, bis dafs schliefslich Zeiträume von 6—9 Monaten zwischen den einzelnen Kontrollsondierungen liegen. Nur wenn die Strikturstelle innerhalb des letztgenannten Zeitabschnittes sich nicht wieder verengt hat und die ursprünglich erreichte gröfste Sondennummer leicht einführbar geblieben ist, wird Patient definitiv entlassen. Stets wird das Hauptgewicht auf gröfstmögliche Dilatation und auf genügend lange Behandlung bezw. Kontrolle gelegt. Dittel verlangt eine Erweiterung bis mindestens Nr. 24. Von unseren Patienten ist weitaus die gröfste Mehrzahl bis Nr. 30 und 32 dilatiert worden, eine ganze Anzahl sogar bis Nr. 35 (Charrière). Um solche hohe Grade der Erweiterung erreichen zu können, mufs in vielen Fällen das Orificium externum erweitert werden. In Fällen von Hypospadie oder mehrfachem Meatus wird durch eine Plastik des Meatus das Hindernis für die Einführung der starken Sonden gehoben. In einem Falle (Nr. 382) waren so hochgradige narbige Veränderungen am Orificium externum vorhanden, dafs ein ganz neuer Meatus gebildet wurde. Aufser solchen angeborenen Verengerungen erheischt sehr oft auch ein sonst normaler Meatus lediglich zum Zwecke der Behandlung die vorgängige Erweiterung bezw. Spaltung, die Meatotomie, um eben eine ausgiebige Dilatation der Striktur zu ermöglichen. Wenn schon normaler Weise das Orificium ext. neben der Pars membranacea die engste Stelle der Harnröhre bildet, so scheint noch speziell bei gonorrhoischen Strikturen eine pathologische Verengerung des Meatus besonders häufig vorzukommen. Tédenat[1])

---

[1]) Tédenat: „De l'artrésie du méat urinaire, son rôle pathologique." — Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1883.

hat unter 115 Tripperstrikturen 84mal, d. h. in 73 % der Fälle gleichzeitig Verengerung des Meatus konstatieren können. Von den 333 hier zu berücksichtigenden Strikturen wurde bei 118 die Meatotomie vorgenommen und zwar in einem Fall zweimal. Von diesen 118 Spaltungen kommen 109 auf 304 Patienten mit gonorrhoischer Striktur, d. h. es war bei 35,85 % der letzteren Kranken dieser präliminare Eingriff notwendig. Die häufige Verengerung des Orificium externum ist in diesen Fällen ohne Zweifel auf narbige Verengerungen zurückzuführen, welche durch langdauernde Urethritiden mit Erosionen usw. bedingt sind. Die Meatotomie wird folgendermafsen ausgeführt: Lateralwärts vom Frenulum wird eine 1 % Kokainlösung in das Gewebe der Glans injiziert. Hierauf wird mit einem Sichelmesser durch den Meatus eingegangen und die Spitze des Messers ca. 1 cm weit von der unteren Lippenkommissur lateral vom Frenulum nach aufsen durchgestochen; das auf der Schneide liegende Gewebe wird in einem Zug durchtrennt. Die Schleimhaut der Urethra wird hierauf vorgezogen und mit der Schleimhaut der Glans vernäht. Üble Zwischenfälle wurden bei der kleinen Operation nie beobachtet. In einem Falle bildete sich im Anschlufs an die Meatotomie eine Paraphimose, welche unblutig reponiert werden konnte. Die Resultate sind sehr gut. Man erhält einen weiten Meatus, der keine Neigung zu Verengung zeigt und für die dicksten Sonden leicht durchgängig bleibt. Nur in einem einzigen Falle war die Operation ein zweites Mal notwendig.

Was nun den mit der Dilatationsbehandlung bei unseren Patienten erzielten Grad der Erweiterung anbetrifft, so teile ich der Übersichtlichkeit wegen sämtliche 307 in dieser Weise behandelten Fälle in folgende 4 Gruppen ein:

1.	Dilatation bis Nr. 24	(Charrière)	31	Fälle
2.	„ von Nr. 25—28	„	82	„
3.	„ „ Nr. 29—32	„	181	„
4.	„ „ Nr. 33—35	„	13	„

Es scheint eine solche Einteilung um so wichtiger zu sein, als bei Besprechung der Resultate gezeigt werden soll, dafs der Grad der Dilatation für diese letzteren von Bedeutung ist.

Die Dauer der Behandlung ist verschieden: sie variiert von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten, je nach der Schwere und der Art des Falls.

Besondere Aufmerksamkeit ist der peinlichen Reinhaltung der Instrumente zu schenken: Die elast. Bougies werden nach dem Ge-

brauch mit Seife und warmem Wasser abgewaschen, im Kutnerschen Dampfapparat sterilisiert und in sterile Gaze eingeschlagen in gut verschlossenen Metallkästen aufbewahrt. Die Metallsonden werden nach der mechanischen Seifenreinigung einige Stunden in 5%ige Karbollösung eingelegt oder ausgekocht und bleiben bis zum nächsten Gebrauch im trockenen Glasbehälter. Sämtliche Instrumente werden unmittelbar vor der Einführung mit steriler Gaze energisch abgerieben. Als Gleitmittel dient sterilisiertes 1%iges Salizylöl, das direkt aus der Flasche an die Sonde angegossen wird.

Was die Behandlung der Nebenerscheinungen und Komplikationen anbetrifft, so ist es selbstverständlich, dafs denselben stets nach jeder Richtung hin Rechnung zu tragen ist. Cystitis, Urethritis usw. werden nach den üblichen Grundsätzen behandelt (be treffs endoskopischer Behandlung vergl. unten).

Resultate: Wenn von einer „Heilung“ gesprochen wird, so darf dabei wohl nur in den wenigsten Fällen an eine vollständige Normalisierung der Harnröhre gedacht werden; in der Regel handelt es sich um eine klinische Heilung, aber nicht um eine anatomische restitutio ad integrum. Wie weit eine Heilung in anatomischem Sinne möglich ist, hängt von der Beschaffenheit der Striktur ab. Derbes Narbengewebe kann durch geeignete Behandlung wohl insofern geändert werden, als es weicher und elastischer wird; es kann zu einer teilweisen Rarefikation des Narbencallus kommen. Einmal ausgebildetes Narbengewebe wird indessen nie mehr durch normale Schleimhaut ersetzt. In solchen Fällen sprechen wir nur dann von Heilung, wenn Sonden vom Kaliber 28—32 und höher anstandslos die verengte Stelle passieren; hier ist klinisch eben keine Striktur mehr vorhanden. Anders verhalten sich dagegen die Fälle, bei denen die Strikturbildung sich noch im Anfangsstadium befindet, bei denen ein fertiges Narbengewebe noch fehlt. Hier — es sind unter unserem Material eine ganze Anzahl von solchen Fällen zu finden — kann es auch in anatomischem Sinne zu einer Heilung, zu einer restitutio ad integrum kommen. Hier ergibt denn auch die endoskopische Untersuchung am Schlufs der Behandlung „normale Verhältnisse“, während bei der erstgenannten Kategorie auch bei vollständigem Fehlen eines Hindernisses für die Sonde durch die endoskopische Kontrolle eben doch noch leichte narbige Veränderungen an der Strikturstelle nachgewiesen werden. Für die Prognose einer vollständigen Heilung sind diese endoskopischen Befunde von gröfster Bedeutung. — Von den 307 ausschliesslich

mittelst Dilatation behandelten Fällen werden 275 als geheilt aufgeführt. Dieselben verteilen sich bezüglich des Dilatationsgrades folgendermafsen:

1	Dilatation bis	Nr. 24	19 Fälle
2	„ von	Nr. 25—18	69 „
3	„ „	Nr. 29—32	174 „
4	„ „	Nr. 33—35	13 „
			275 Fälle

Von diesen 275 Patienten bleiben vorläufig 236 geheilt; in 39 Fällen tritt Rezidiv ein. Was zunächst die 236 geheilten Kranken anbetrifft, so unterscheiden wir bei denselben zwischen solchen, die ohne spätere Kontrolle, und solchen, die mit Kontrolle als geheilt bezeichnet sind. Zu den ersteren rechnen wir diejenigen, die entweder gar nicht, oder nur innerhalb eines halben Jahres kontrolliert wurden; zu den letzteren alle die, welche nach mehr als 5 Monaten einer Kontrollsondierung unterzogen wurden. Von der erstgenannten Kategorie werden 165 Fälle als geheilt bezeichnet. Sie verteilen sich folgendermafsen auf die verschiedenen Dilatationsgrade:

Dilatation bis	Nr. 24	11 Fälle
„ von	Nr. 25—28	42 „
„ „	Nr. 29—32	104 „
„ „	Nr. 33—35	8 „
		165 Fälle

Mit Kontrolle von länger als $^1/_2$ Jahr werden als geheilt bezeichnet 71 Fälle, und zwar bei

Dilatation bei	Nr. 24	2 Fälle
„ von	Nr. 25—28	21 „
„ „	Nr. 29—32	44 „
„ „	Nr. 33—35	4 „
		71 Fälle

Die Kontrolle erfolgte in den einzelnen Fällen nach sehr verschieden langer Zeit. 15 Fälle sind nach 7—12 Monaten, 21 nach mehr als einem Jahr, 11 nach mehr als 2 Jahren, 6 nach mehr als 3 Jahren, 7 nach mehr als 4 Jahren, 4 nach mehr als 5 Jahren noch geheilt; in je 2 Fällen ist nach 6 resp. 7 resp. 8 Jahren, in 1 Fall sogar nach 11 Jahren die Heilung der Striktur eine vollkommene.

Rezidive: Von den 275 als „geheilt“ entlassenen Patienten stellen sich 39, also 14,18 $^0/_0$ mit Rezidiv wieder vor. Diese 39 Fälle verhalten sich bezüglich des bei der ersten Behandlung erzielten Dilatationsgrades folgendermafsen:

Zahl der Fälle	Dilatationsgrad	Recidive
19	bis Nr. 24	6 Fälle = 31,58 %
69	von „ 25—28	6 „ = 8,69 „
174	„ „ 29—32	26 „ = 14,94 „
13	„ „ 33—35	1 „ = 7,69 „

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dafs die nur bis Nr. 24 dilatierten Fälle 31,58 % Rezidive aufweisen, während bei den höheren Dilatationsgraden der Prozentsatz der Rezidive ein bedeutend kleinerer ist. Wenn wir die über Nr. 24 dilatierten Fälle zusammenrechnen, so ergeben sich für 256 Fälle 33 Rezidive oder 12,89 %. Wenn sich bei den von Nr. 29—32 dilatierten Fällen eine gröfsere Prozentzahl Rezidive ergiebt als bei den von Nr. 25—28 erweiterten, so hängt dies wohl damit zusammen, dafs in dieser Kategorie die Gesamtzahl der Fälle eine ganz bedeutend gröfsere ist. Im ferneren ist zu bemerken, dafs bei den höher dilatierten Fällen die Rezidive im allgemeinen später und leichter auftraten. In 29 Fällen handelt es sich um einmalige, in 10 Fällen um wiederholte Rezidive. Es zeigt sich bei diesen letzteren eben auch die Thatsache, dafs es einzelne Strikturen giebt, die der Behandlung grofsen Widerstand entgegensetzen, und die trotz gründlicher und starker Dilatation immer wieder Neigung zeigen, zu rezidivieren. Die mitgeteilten Prozentzahlen für die Rezidive sind natürlich nur relativ. Denn abgesehen davon, dafs ein Teil der behandelten Kranken sich später nicht mehr zeigte, ist auch bei den nachträglich kontrollierten Fällen die Zeit, nach welcher die Sondenkontrolle stattfand, teilweise noch zu kurz; denn unter den Rezidivfällen finden sich solche, bei denen das Rezidiv erst nach 8, 10 und noch mehr Jahren aufgetreten ist. Andererseits müssen wir aber auch mit dem Faktor rechnen, dafs es sich in der vorliegenden Arbeit um ein in guten sozialen Verhältnissen lebendes Material handelt, das gewifs im Falle eines Rezidivs sich wieder zur Behandlung resp. Untersuchung gestellt hätte. Von den 39 Rezidivfällen werden 29 wieder behandelt und nachträglich mit gutem Resultat entlassen. Davon entfallen 28 wiederum ausschliefslich auf Dilatationsbehandlung, nämlich:

Dilatation von Nr. 25—28	6	Fälle
„ „ Nr. 29—32	21	„
„ „ Nr. 33—35	1	„
	28	Fälle

Von diesen 28 Fällen sind 22 nachträglich ohne Kontrolle geblieben; 6 wurden später kontrolliert, und zwar 2 Fälle nach $1^2/_3$, je 1 Fall nach 2 resp. 3, 7 und 8 Jahren. Bei allen diesen Patienten war die Heilung nach dieser Zeit noch eine vollkommene.

2. Urethrotomie.

a) Urethrotomia externa.

Beim äufseren Harnröhrenschnitt, d. h. der Freilegung der strikturierten Harnröhrenpartie vom Damme her, handelt es sich je nach der Art der Verengerung entweder um einfache Spaltung der Striktur, oder aber um ihre Exzision mit nachfolgender Nahtvereinigung der freien Urethralenden (Urethrorrhaphie). Es spielt daher die Urethrotomia externa in der Strikturtherapie eine wichtige Rolle. Bei unseren 333 hier in Betracht kommenden Fällen wurde diese Operation 15 mal bei 13 Kranken vorgenommen (bei 2 je 2 mal). In 8 Fällen handelt es sich dabei um gonorrhoische, in 5 Fällen um traumatische Strikturen. Es mag einiges Interesse bieten, die Indikationen der Urethrotomia externa in den einzelnen Fällen etwas näher zu betrachten.

α) Bei gonorrhoischen Strikturen: In Fall Nr. 8 handelt es sich um das Rezidiv einer doppelten Striktur, die früher dilatiert worden war. Es wird die Urethrotomia ext. der hinteren in der Pars membr. gelegenen Striktur gemacht. Bei der vorderen Striktur wird in der gleichen Sitzung die Urethrotomia interna gemacht. Die vordere Striktur rezidiviert später wieder, und es wird nachträglich auch hier die Urethrotomia ext. vorgenommen.

Im Fall Nr. 11 wird die Urethrotom. ext. gemacht wegen hochgradiger Narbenstriktur in der Pars membranacea. 3 Jahre später stellt sich Pat. wieder zur Behandlung mit einer Urethralfistel am Damm. Die Fistel wird nachträglich exzidiert und die Urethra breit eröffnet. Definitive Heilung.

Im Fall Nr. 12 handelt es sich ebenfalls um eine sehr enge gonorrhoische Striktur, kompliziert mit fausse-route. Da die Dilatation nicht ausführbar ist, so wird die Urethrotomia externa vorgenommen.

Im Fall Nr. 231 ist die Indikation gegeben durch eine enge, doppelte Striktur mit Urinfisteln.

Fall Nr. 266 u. 268 kommen mit schweren Komplikationen in die Klinik, der eine mit beginnender Sepsis (Urosepsis), der andere mit ausgedehntem periurethralen Abszefs und purulenter Cystitis.

Bei Fall Nr. 272 ist die gonorrhoische Striktur mit einem Phosphatstein der Blase kompliziert. Es wird die Cystotomia suprapubica zur Entfernung des Steins und die Urethrotomia externa als Behandlung der Striktur ausgeführt.

Im Fall Nr. 297 wird die Urethrotomia externa gemacht wegen wiederholten Rezidivs nach der Dilatation.

β) Bei traumatischen Strikturen: Bei den traumat. Strikturen handelt es sich im Fall Nr. 365 um eine Urethralfistel, welche sich im Anschlufs an die vor 3 Monaten vorgenommene Urethrotomia externa gebildet hatte. In diesem Falle wird die Exzision des narbigen Stückes mit sofortiger Urethrorrhaphie ausgeführt.

Im Fall Nr. 371 hat sich ca. 3 Wochen nach einer Dammverletzung der Harnröhre (chute à califourchon) ein impermeables Hindernis gebildet, das die Urethrotomia externa notwendig macht.

Pat. Nr. 372 kommt 14 Tage nach einer Harnröhrenzerquetschung infolge Beckenfraktur mit periurethraler Phlegmone und beginnender Sepsis (Schüttelfröste), was die sofortige Urethrotomia ext. nötig macht.

Fall Nr. 374 weist eine frische Quetschung der perinealen Harnröhre auf; es besteht für Sonden eine undurchgängige Stelle, so dafs die Urethrotomie vorgenommen wird.

Fall Nr. 376 stellt sich ca. 2 Monate nach einer Harnröhrenquetschung mit einer hochgradigen Striktur, welche die Operation nötig macht.

Die Urethrotomia externa wurde gewöhnlich in typischer Weise durch Freilegung und breite Spaltung der Striktur vom Damm her vorgenommen; nur in 1 Falle ist die vollständige Exzision der Striktur mit Nahtvereinigung der Harnröhrenstümpfe (Urethrorrhaphie) gemacht worden. Die Nachbehandlung besteht in Verweilkatheter und möglichst frühzeitig beginnender systematischer Dilatation. In dieser Weise wurde bei den 15 Urethrotomien 12 mal vorgegangen. Von den 3 anderen Fällen starben 2 bald nach der Operation, der eine an einer schon vorher bestehenden schweren Urosepsis, der andere an Apoplexie. Der 3. Fall mufste bald nach der Operation nach Hause entlassen werden, wo er 9 Monate später starb.

Dilatation nach Urethrotomia externa:

1)	bis Nr. 24	4 Fälle
2)	von Nr. 25—28	3 „
3)	„ Nr. 29—32	5 „



Rezidive: 2 Fälle weisen leichte Rezidive auf, und zwar 1 Fall sub 2) nach ca. 2 Jahren, 1 Fall sub 3) nach 9 Jahren. Beide Rezidive sind nur unbedeutend. Im ersten Fall zeigt sich bei der Untersuchung nach 2 Jahren lediglich ein Klaffen der Zentralfigur, im zweiten wird erst mit Sonde Nr. 27 ein leichtes Hindernis gefühlt. Der erste Fall stellt sich wegen Fehlens jeglicher subjektiver Symptome nicht wieder zur Behandlung, während der andere nachträglich kurze Zeit (bis Nr. 30) dilatiert wird. Diese Striktur zeigt stets Neigung zu rezidivieren, weshalb Pat. alle Jahre sich zur Kontrolle stellt.

Resultate: Die übrigen 10 Fälle sind als geheilt entlassen worden, wovon 4 ohne spätere Kontrolle. Von diesen 4 sind 1 Fall sub 1), 3 Fälle sub 3) zu rubrizieren. 6 Fälle blieben nach der Entlassung geheilt mit einer Kontrolle von 13 Monaten bis 7 Jahren. In 1 Falle ist anläſslich der Kontrolluntersuchung nach 3 Jahren in der Krankengeschichte zu lesen: „Entsprechend der früheren Operationsstelle findet sich in der Urethra eine Ausbuchtung.“

b) Urethrotomia interna.

Der innere Harnröhrenschnitt besteht darin, daſs ein gedecktes Messer (Urethrotom) in die Harnröhre eingeführt wird und daſs mit demselben die Striktur blutig durchtrennt wird, sei es durch einen einzigen Schnitt, sei es durch mehrere Schnitte. Es ist hauptsächlich die französische Schule, welche diese Operation übt und empfiehlt. Indessen sind die Akten über ihre Zweckmäſsigkeit noch lange nicht abgeschlossen, zumal Komplikationen, wie Blutung, Pyämie, Harninfiltration usw., immer wieder gemeldet werden. Dittel unterwirft die verschiedenen Hypothesen über die Wirkung der Operation einer vernichtenden Kritik. Für gewisse Strikturformen, wie Briden, Klappen usw., lassen wir die Urethrotomia interna als zu Recht bestehend gelten, besonders da wir durch das Endoskop in den Stand gesetzt sind, die Operationsstelle dem Auge zugänglich zu machen. Es handelt sich daher in diesem Falle nicht mehr um ein „Schneiden im Ungewissen“, sondern um eine sichere Führung des Messers unter der Kontrolle des Auges.

Der innere Harnröhrenschnitt wurde bei unseren Kranken nur 2 mal vorgenommen (Nr. 8 und 226). Im Fall Nr. 8 handelt es sich um eine doppelte Striktur der Pars bulb. und der Pars membr., die beide nach der Dilatationsbehandlung rezidiviert sind. Die

hintere Striktur wird daher in der Folge durch Urethrotomia externa gehoben (siehe oben), während gleichzeitig die vordere von der Urethrotomiewunde aus mit dem Maisonneuveschen Messer nach verschiedenen Seiten hin eingeschnitten wird. In der Nachbehandlung kann nur bis Nr. 22 dilatiert werden.

Fall Nr. 226 betrifft eine schmale, faltenförmige, gonorrhoische Striktur der Pars bulbosa (Endoskop: „In der Pars bulb. spannt sich an der unteren Wand eine feine weifse Falte"). Im endoskop. Tubus werden in die Strikturfalte 2 Inzisionen gemacht, eine median nach unten und eine nach unten links. Nachher folgt Dilatation bis Nr. 32.

Resultate: Im ersten Falle erfolgt nach 12 Monaten ein Rezidiv, das die Urethrotomia externa erfordert; im zweiten läfst sich $^1/_2$ Jahr nach der Entlassung Nr. 30 spielend einführen. Der endoskopische Befund ergibt hier normale Verhältnisse.

Wie aus unseren vorstehenden Ausführungen erhellt, sind wir keine unbedingten Anhänger der inneren Urethrotomie; wir halten die Operation nur in gewissen Fällen (schmale, faltenförmige Strikturen) und unter bestimmten Bedingungen (Möglichkeit der endoskop. Kontrolle bei der Operation) für zulässig — dies alles aufserdem nur dann, wenn die Dilatationsmethode versagt.

c) Spaltung mitsamt dem Orificium externum.

Hier handelt es sich um ganz vereinzelte Fälle, bei denen die dicht hinter dem Meatus gelegene Striktur gehoben werden konnte durch tief hinunter reichende Spaltung des Orificium externum. Die Operation mufs unterschieden werden von der Meatotomie, die lediglich als Vorbereitung für die Dilatationsbehandlung zu betrachten ist (vergl. oben). Hierher gehören 3 Fälle; 2 mal liegt eine kongenitale, 1 mal eine gonorrhoische Striktur vor.

Im Fall Nr. 377 handelt es sich um eine angeborene Verengerung des Orificium ext. bei einem 14jährigen Knaben; Sonde Nr. 9 ist mit Schwierigkeit eben noch einführbar. Das Orificium externum wird gespalten und die Wundränder der Schleimhaut jederseits durch die Naht vereinigt. Nach der kleinen Operation kann Nr. 15 mit Leichtigkeit eingeführt werden.

Im Fall Nr. 381 besteht bei einem 17jährigen Jüngling eine kongenitale Striktur 1 cm hinter dem Meatus. Das Orificium externum wird so weit nach unten gespalten, dafs die Striktur noch

in den Schnitt fällt, worauf die Schleimhautränder jederseits vernäht werden; die Urethra ist nun für starke Sonden frei permeabel.

Im Fall Nr. 164 handelt es sich um eine gonorrhoische Striktur der Pars glandularis zugleich mit einer rezidivierenden Striktur der Pars membranacea. Die vordere Striktur wird durch tief hinunterreichende Spaltung des Orificium und Umsäumung der Wundränder gehoben. Nachher folgt Dilatation auch der zweiten Striktur bei Nr. 32; Heilung.

Die Resultate sind somit in allen 3 Fällen befriedigende. 2 mal fehlt allerdings eine spätere Kontrolle; im 3. Fall (Nr. 164) ist 6 Monate nach der Entlassung Nr. 31 spielend einzuführen.

3. Endoskopische Behandlung.

Die Urethroskopie ist in der Therapie der Harnröhrenstrikturen nicht ohne Bedeutung, und zwar sowohl bezüglich der Behandlung gewisser Formen von Strikturen als solchen, als auch bezüglich der Therapie einzelner Begleiterscheinungen, speziell der chron. Urethritis. Der Wert einer endoskopischen Behandlung liegt hauptsächlich darin, dafs die erkrankten Teile der Harnröhre dem Auge direkt zugänglich gemacht werden. Auf diese Weise können an beliebiger Stelle des Kanales die verschiedensten Medikamente in jeder wünschbaren Form appliziert werden. Von solchen werden hier verwendet: Tinctura Jodi, Jodglyzerin, Lugolsche Lösung, ferner Sublimatalkohol 1%—4%, Ichthyol- und Tanninglyzerin 10—50%, Argentum nitricum 1—20%, Argentamin 5—20% usw. Aufserdem werden Insufflationen von Jodoform, Airol und Itrol vorgenommen. Von den 333 hier zu berücksichtigenden Fällen sind 13 ausschliefslich endoskopisch behandelt worden ohne gleichzeitige Dilatation. Es ist selbstverständlich, dafs sich hierfür nur ganz spezielle Fälle eignen, d. h. nur solche, bei denen es sich lediglich um den ersten Anfang einer Striktur handelt. Von den 13 hieher gehörigen Fällen betreffen 11 eine gonorrhoische, je 1 eine spastische bezw. urische Striktur.

Resultate: 12 Fälle werden mit gutem Resultat entlassen, 1 Fall befindet sich bei Abschlufs dieser Arbeit noch in Behandlung. Von den geheilt Entlassenen stellen sich 10 später nicht mehr zur Kontrolle; bei 2 kann der Erfolg der Behandlung nachträglich festgestellt werden: Die Krankengeschichte des einen dieser Fälle vermerkt 11 Monate nach der Entlassung bezüglich der Urethra: „Alles normal“. Im anderen Fall ist 3 Jahre nach der

Entlassung im Status notiert: „Keine Striktur; das Endoskop ergibt normale Verhältnisse“.

Endoskopische Behandlung mit gleichzeitiger Dilatation ist in 165 Fällen von 307, also in 53,74% durchgeführt worden. Diese Kombination von endoskopischer Behandlung und Dilatation hat wesentlich zu den guten Resultaten beigetragen, welche die Dilatationsbehandlung aufweist: Auf 142 nur mit Dilatation behandelte Fälle kommen von den 39 Rezidiven 24 oder 16,9%, während 165 gleichzeitig auch endoskopisch behandelte Fälle nur 15 oder 9,09% Rezidive aufweisen.

Der Vollständigkeit wegen sei an dieser Stelle auch noch hingewiesen auf die bereits früher erwähnte Bedeutung der Urethroskopie bei der inneren Spaltung (Urethrotomia interna) gewisser Strikturformen. Aufserdem illustrieren die Nützlichkeit des Verfahrens 2 mittelst Exzision und Urethrorrhaphie behandelte traumatische Strikturfälle, bei denen es nachträglich gelang, auf endoskop. Wege unter Kontrolle des Auges die das Urethrallumen verlegenden Seidensuturen der Harnröhrenwand ohne weiteres zu extrahieren.

V. Komplikationen der Behandlung.

Von Komplikationen während der Behandlung finden sich die verschiedensten Formen notiert, die zum Teil leichter, zum Teil aber auch schwerer, ja tödlicher Natur sind. Unter den 333 behandelten Fällen weisen 79 = 23,7% folgende Komplikationen auf:

Fieber	44	Fälle	=	13,21%
Urethritis	9	„	=	2,7 „
Cowperitis	2	„	=	0,6 „
Epididymitis	10	„	=	3 „
Prostatitis	2	„	=	0,6 „
Cystitis	8	„	=	2,4 „
Nephritis	4	„	=	1,2 „
Urinretention	2	„	=	0,6 „
Blutungen	10	„	=	3 „
Rheumatismus articularis	2	„	=	0,6 „
Gichtanfall	2	„	=	0,6 „
Malariaanfall	1	„	=	0,3 „
Hysterischer Anfall	1	„	=	0,3 „
Ohnmacht	1	„	=	0,3 „
Phosphaturie	5	„	=	1,5 „
Herpes praeputialis	1	„	=	0,3 „

Von Bedeutung ist das Fieber, das während der Behandlung nicht allzu selten auftritt, und das man als Urethral- oder Katheter-

fieber bezeichnet. Dasselbe beginnt entweder mit einem Schüttelfrost, oder es entwickelt sich allmählich. In unseren Fällen sind 44 = 13,21 % febrile zu verzeichnen, bei denen das Fieber 23 mal als Schüttelfrost einsetzt; in 17 Fällen erfolgt nach der Dilatation lediglich eine Temperatursteigerung; in 4 Fällen ist beides vorhanden. Von 387 von Desnos mit langsamer Dilatation behandelten Fällen zeigen 39 = 10 % febrilen Verlauf, und zwar beobachtete er 14 mal Schüttelfröste und 25 mal successive sich entwickelndes Fieber.

Akute Nephritis ist eine sehr schwere Komplikation der Behandlung. Unsere 4 Fälle endeten sämtlich letal, wie wir unten noch sehen werden.

Die Blutungen, die im Anschlufs an die Sondierungen sich verzeichnet finden, sind mehr oder weniger intensiv, entsprechend der Ausdehnung des Einrisses, welcher durch die dilatierende Sonde erzeugt wird. In einigen Fällen ist durch die endoskopische Untersuchung der Rifs in der Striktur konstatiert worden; jedesmal handelt es sich um ein Strikturgewebe, das schon derb ist und seine Elastizität verloren hat.

In 2 Fällen von urischer Striktur setzt nach der Sondierung ein typischer Gichtanfall ein. In 1 Fall, in welchem der Patient aufser an seiner gonorrhoischen Striktur noch an Malaria leidet, erfolgt nach einer Sondierung ein charakteristischer Malariaanfall. Inwieweit hier das „post hoc, ergo propter hoc“ zu Recht besteht, wage ich nicht zu entscheiden. — Phosphaturie, Herpes praeputialis, hysterischer Anfall sind wohl auf nervöse Veranlagung der betreffenden Patienten zurückzuführen.

Über das Entstehen des sog. Urethralfiebers wurden früher verschiedene Hypothesen aufgestellt. Dittel unterscheidet noch 3 verschiedene Arten von Reaktionen:

1) Nervöse oder Reflexreaktion
2) Wundreaktion
3) Morbide Reaktion.

Man ist wohl allgemein davon zurückgekommen, eine nervöse Reaktion anzunehmen; die Wundreaktion, d. h. die Infektion, ausgehend von einer durch die Sondierung gesetzten leichten Verletzung, dürfte in der grofsen Mehrzahl aller Fälle das fiebererregende Moment bilden. Für diese Ansicht spricht auch die Beobachtung, dafs in den meisten unserer febrilen Fälle die vorausgegangene Sondierung schwierig oder mit leichten Blutungen verbunden war.

Eine persönliche Disposition zu solchen fieberhaften Temperatursteigerungen ist wohl nur ganz ausnahmsweise anzunehmen. Bei der morbiden Reaktion Dittels ist aufser der Virulenz der Infektionserreger noch ein Faktor von gröfster Bedeutung, nämlich der durch die Striktur bedingte abnorme Zustand der oberen Harnwege. Infolge katarrhalischer Entzündungen, Dilatation u. s. w. vermögen sie der fortschreitenden Infektion nur geringen Widerstand zu leisten. Nach Dittel handelt es sich bei den schweren letalen Fällen, bei welchen die Franzosen von einem „Coup foudroyant" sprechen, nur um eine akute Steigerung schon vorhandener Leiden.

Die Fälle von tödlichem Ausgang im Anschlufs an die Dilatation sind in der Literatur nicht sehr selten: Dittel berichtet über zwei Beobachtungen von Exitus nach einfacher Sondierung. Desnos hat ebenfalls einen solchen Todesfall erlebt. Ähnliche Erfahrungen veröffentlichen Friedrich Müller[1]), Zuckerkandl[2]), Vulliet[3]), Porter[4]) u. a. m. In einzelnen dieser Fälle erfolgt der Tod schon wenige Stunden nach der Sondierung, so z. B. im Falle von Zuckerkandl nach 6 Stunden. Die in den verschiedenen Statistiken angegebene Mortalität wechselt je nach dem Autor und je nach der Behandlungsmethode. Von unseren 333 in Betracht kommenden Fällen verlaufen 4 letal, was einer Mortalität von 1,2⁰/₀ entspricht; alle 4 Fälle sind mittelst langsamer Dilatation behandelt worden. Auf die Gesamtzahl der nach dieser Methode behandelten Fälle, d. h. auf 307 berechnet, ergibt dies eine Mortalität von 1,3⁰/₀ für die Dilatationsbehandlung. Da diese 4 Fälle in verschiedener Beziehung von Interesse sind, so seien deren Krankengeschichten in Kürze wiedergegeben:

1. Fall (Nr. 261). R. P., Kaufmann, 29 J. alt, stellt sich am 16. Juli 1891 zur Behandlung. Anamnese: In den Jahren 1882, 1885 u. 1890 machte Pat. je eine Gonorrhoe durch. Die letzte heilte nicht. Im April 1890 wurde in Paris von Guyon eine Striktur konstatiert. Bougiekur. In der letzten Zeit

---

[1]) Friedrich Müller: Ein Fall von Exitus letalis 18 Stunden nach Sondierung der Urethra. — Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sex.-Org. 1896, VII. S. 137.

[2]) Zuckerkandl, Letaler Ausgang nach Sondierung der verengten Harnröhre. — Wien. med. Presse 1896, Nr. 45.

[3]) Vulliet, A propos d'un cas de mort, survenu 10 heures après l'urethrot. int. — Rev. méd. d. l. Suisse romande, 1881.

[4]) Porter, C. B., Unusual urethral cases. — Bost. med. and surg. Journ., April 21, 1881.

bougierte sich Pat. selbst. Nr. 19 u. 20 schwer einführbar. Im Okt. 1890 Urethrotomia interna (Segond). Nach der Operation konnte kaum Nr. 20 eingeführt werden. Im Nov. 1890 wird die Urethrot. int. wiederholt (Segond): Dilatation bis Nr. 25. Pat. hat stets schleimigen Ausflufs. — Status: Schlanker, etwas blasser Mann. Hypospadie leichten Grades: Das Orif. ext. liegt noch im Bereich der Glans. An der normalen Stelle finden sich 2 ganz feine Öffnungen, welche ca. 1 cm tief blind enden. Mit der Explorativsonde fühlt man 18 cm tief eine harte Unebenheit. Nr. 20—24 (Metall) werden eingeführt. Nr. 25 nicht mehr einführbar. Keine Blutung. Endoskop: Schleimhaut blafs, stellenweise weifs. Am Eingang in die Pars prostatica findet sich am Boden der Urethra eine dreieckige 1 cm lange Narbe. Weiter vorn noch verschiedene weifse Narben. Urin: I. Portion diffus getrübt mit Krümeln und Filamenten, II. Portion hell, normal. Mikroskopisch: Leukocyten, vereinzelte Platten- und Zylinderepithelien. Streptokokken, Micrococcus ureae, keine sicheren Gonokokken; keine Tbk.-Bazillen. Therapie: Dilatation Nr. 20—28 (Metall); endoskop. Bepinselungen. Die Behandlung wird gut ertragen; nie Fieber. Am 19. Dez. wird Nr. 28 (Metall) eingeführt. 2 Stunden später Fieber. 25. Dez.: Pat. fiebert seit der letzten Sondierung, Schüttelfröste. Der Urin ist leicht getrübt, enthält Zylinder und Albumen. Quantität verringert. Urethra nirgends druckemfindlich. Keine Schwellung oder Druckdolenz am Damm. Prostata normal. — Am r. Zeigefinger (mittleres Phalangealgelenk), am r. Ellbogen, Schulter usw. rote, sehr druckdolente Stellen (Embolien). Milztumor. Puls frequent. Zunge trocken. (Pyämie). 27. Dez. Exitus letalis. — Autopsie (Prof. Roth): Herz schlaff, linker Ventrikel dilatiert. Milz stark vergröfsert, keine Abszesse. Nieren vergröfsert; Parenchym geschwellt, glänzend. Nirgends Abszesse. Blase: Einige Ekchymosen der Schleimhaut, sonst normal. Urethra: Im ganzen schwielig. Links vom Colliculus eine längsverlaufende Narbe. 11 cm vom Orif. ext. eine fibröse, kallöse, ringfg. Schwiele. Dicht davor eine nicht frische oberflächliche ca. $1^1/_2$ cm lange Erosion. Auch sonst noch in der Urethra diverse Längsnarben. Keine Brininfiltration.

Im vorliegenden Falle war Patient fast $5^1/_2$ Monat in Behandlung. Er wurde zu wiederholten Malen sondiert und auch endoskopisch behandelt ohne jedes Fieber. Erst nach der Sondierung vom 19. Dez. machte sich Fieber bemerkbar. Es entwickelte sich eine Pyämie mit Schüttelfrösten. Nach 8 Tagen erfolgte Exitus. Als Infektionspforte mufs wohl die bei der Autopsie gefundene Erosion der Urethra angesehen werden.

2. Fall (Nr. 262): X. X., $32^1/_2$ J., Dr. med., trat am 11. März 1896 zur Behandlung in die Klinik ein. — Anamnese: früher diverse Gonorrhöen; die letzte vor $2^1/_2$ J. Dazwischen stets Ausflufs. In der Folge eine Striktur mit Urinretention. Daher vor $^3/_4$ J. Urethrotomia ext. bei Roux. Heilung ohne Zwischenfall. Seit 2 Monaten Rezidiv. In der letzten Zeit nachts Blutungen aus der Urethra. Seit 29. Dez. 1895 ist Pat. verheiratet. — Status: Äufsere Genitalien normal. Prostata normal. Mit der Explorativsonde lassen sich 2 Strikturen nachweisen: die eine ca. 6—8 cm tief (Pars pendula), die andere etwas weiter hinten in der P. bulbosa. Beide sind derb, ringförmig und

beim Passieren schmerzhaft. Nr. 19 kann noch eingeführt werden. Am Damme eine nicht ganz median stehende Längsnarbe (Urethrotomiewunde). Urin: I. Portion diffus getrübt mit voluminösem eitrigem Filament; II. Portion normal. — Therapie: 11. März: Nr. 18 u. 20 (Metall) leicht. Nr. 20 bleibt 10 Min. liegen; nach der Entfernung etwas Blut. — 12. März: Gestrige Sondierung ohne Reaktion. Sonde Nr. 22 u. 23 (Metall) leicht. Nr. 23 bleibt 5 Min. liegen. Nachher etwas Blut. Nachmittags 3 h. uriniert Pat. $^1/_2$ l klaren Urin mit kleinem Blutcoagulum. Unmittelbar nachher heftiger Schüttelfrost (Exzitantien). Abends Fieber (40.5°), leichte Benommenheit. — 13. März: Puls klein, unregelmäſsig und frequent (130—140), Blasen- und Nierengegend nicht druckdolent. Seit gestern hat Pat. nie mehr uriniert. Blase leer. Zunehmender Kollaps. Urämie. Abends $10^3/_4$ h. Exitus letalis. Autopsie (Prof. Roth) am 14. März: Hypertrophie u. Dilatation des Herzens. Lungenödem. Doppelseitige frische parenchymatöse Nephritis — Cystitis — Prostatitis. Mehrfache Strikturen der Harnröhre. In der Urethra fand sich vorn (Pars pendula) ein oberflächlicher, mit frischen Blutcoagulis bedeckter, längsverlaufender seichter Einriſs in der Urethralschleimhaut. In der P. bulb. finden sich 2 weitere Exkoriationen.

In diesem zweiten Falle trat also 36 Stunden nach der Sondierung Exitus letalis ein. Es handelt sich um einen jener fondroyant verlaufenden Fälle, wo einige Stunden nach der Sondierung mit einem Schüttelfrost äuſserst schwere Symptome von seiten der Niere einsetzen. Daſs auch hier die bei der Autopsie konstatierten Exkoriationen in der Urethralschleimhaut die Eingangspforte für die äuſserst virulenten Infektionserreger gebildet haben, ist wohl als sicher anzunehmen.

3. Fall (Nr. 263): S. R., 67 J., Kaufmann, läſst sich am 13. Mai 1898 in die Klinik aufnehmen. Anamnese: Vor ca. 45 J. einzige Gonorrhoe. Erste Strikturerscheinungen im Jahre 1869. Pat. wurde damals durch Prof. S. dilatiert und blieb seither von einem Rezidiv anscheinend verschont. Seit einigen Monaten wieder Striktursymptome mit akuter Retention. Status: Korpulenter Mann. Prostata bilateral etwas vergröſsert, prominent, derb. Die Explorativsonde stöſst 15—16 cm tief auf ein derbes Hindernis, durch welches nur ganz feine Knopfsonden durchzuführen sind. Urin diffus getrübt, etwas ammoniakalisch stinkend, mit dickem, weiſsem Sediment (Eiter), Gehalt an Albumen gröſser, als der Eitermenge entspricht. Nr. 8 (elast.) wird eingeführt; kein Schmerz, kein Blut. Therapie: 13.—18. März: Sondendilatation Nr. 8—19 (elast.) ohne jegliche Temperatursteigerung. 19. Mai: Nr. 19 u. 20 (elast.) leicht. Nachher Schüttelfrost. Seither anhaltendes Fieber. Urin diffus getrübt, sauer. Viel Albumen. Mikroskop.: Leukocyten, Epithelien, Körnchenzellen, einzelne granulierte Zylinder (Nephritis!). 22. Mai: Urinmenge nimmt ab. Puls frequent und unregelmäſsig. Pat. ist leicht benommen. Dyspnoe. 23. Mai: Pat. soporös, läſst unter sich. Puls klein (130), Zunge trocken. Kein Urin erhältlich. Urämie. 24. Mai: Zunehmender Kollaps. Vollständige Anurie. Nachmittags Exitus letalis.

Leider konnte im vorliegenden Falle die Autopsie nicht vorgenommen werden. Klinisch traten die Symptome einer akuten Nephritis mit konsekutiver Urämie in den Vordergrund. Pat. hatte vorher schon eine chron. Nephritis. Im Anschlufs an die Sondierung vom 19. Mai trat eine akute Steigerung der Nephritissymptome auf, einsetzend mit einem Schüttelfrost. Nach 5 Tagen Exitus letalis an Urämie.

4. Fall (Nr. 264). Am 22. Aug. 1900 wurde G. A., Tagelöhner, 48 J., in die Klinik aufgenommen. Anamnese: Im Jahre 1873 einzige Gonorrhoe. Injektionen. Heilung. Später ab und zu Miktionsbeschwerden. Seit 2 J. geht der Urin nur in Tropfen. Status: Meatus weit. An der oberen Wand findet sich eine Querfalte. Unterhalb derselben liegt der schlitzförmige Meatus einer rudimentären blind endenden Urethra. 14 cm tief vom Orific. ext. ist eine derbe, nur für filiforme Bougies passierbare Striktur. Sie ist ca. 1½ cm lang, höckerig besonders an der oberen Wand. Prostata klein, Konsistenz normal. Urin leicht opaleszierend. Behandlung: 23. Aug. bis 8. Sept.: Meatotomie. Sondendilatation Nr. 7—16 (elast.), Nr. 16—24 (Metall). 8. Sept.: Nr. 23 u. 25 (Metall) spielend. Nr. 25 bleibt ¼ St. Nachher Blutung. Abends Fieber (38.4°). Seit dieser Sondierung andauernd Fieber, am 15. Sept. Schüttelfrost. Urin stets reichlich, enthält mäfsige Mengen Albumen. Beginnender Milztumor. 22. Sept.: Zunge trocken. In der l. Lumbalgegend deutl. Schwellung u. Druckempfindiickeit. Urin alkalisch; ziemlich viel Albumen. Mikroskopisch Eiter, keine Zylinder. 29. Sept stets hohes Fieber. Puls wird kleiner, frequenter u. unregelmäfsig. Pat. wird komatös, läfst unter sich gehen. Zunehmender Kollaps. 2. Okt.: Exitus letalis 10 h. a. m. Autopsie (Dr. Fr. Suter) am 2. Okt.: Nieren: beide grofs, matsch, wie gekocht. Nierenoberfläche übersät mit stecknadel- bis gerstenkorngrofsen prominenten gelben Stellen, welche dünnen, weifsen Eiter enthalten. Auf dem Nierendurchschnitt dasselbe Bild. Nierenbecken weit. Uretheren verdickt. Blasenschleimhaut gerötet. Urethra: In d. P. membr. ist an einer Stelle die Schleimhaut uneben und faltig. Nirgends falscher Weg, Infiltration oder Abszefs. Bakteriolog. Untersuchung des Eiters aus den Nierenabcessen ergibt den Staphylococcus aureus. Also Cystitis u. Pyelo-Nephritis apostematosa.

Im Anschlufs an die Sondierung vom 8. Sept. trat zum erstenmal Fieber auf. Nach 24 Tagen Exitus letalis. Der Autopsiebefund war in diesem Falle wohl ähnlich wie in einem von Desnos beschriebenen Falle. Auch dort fanden sich in der Niere zerstreut zahlreiche kleine Abszesse. Von Interesse dürfte auch der bakteriologische Befund sein.

Als kasuistischer Beitrag zum Kapitel „Harnröhrensondierungen mit tödlichem Ausgang“ verdienen die 4 aufgeführten Fälle nähere Beachtung.

Litteratur.

Die Litteratur über Harnröhrenstrikturen ist bis zum Jahre 1879 vollständig zusammengestellt in Dittel: „Strikturen der Harnröhre“, Lieferung 49 der „Deutschen Chirurgie“. Das im folgenden aufgeführte Litteraturverzeichnis soll eine Fortsetzung jener Zusammenstellung sein bis zum Jahre 1902.

I. Allgemeines.

Alapy, Über Strikturen weiten Kalibers. Ref. im Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorgane. III. Seite 65.

Ders., Neuere Beiträge zur Lehre der Strikturen. Ref. ebenda, S. 180.

Alcedan, Estrecheces uretrales. — Cron. med. Lima 1889 VI pag. 80.

Arène, Considérations cliniques sur les lésions urétrales consécutives aux contusions du perinée. Thèse par l. d. Paris 370. 1880.

Bell, J., Note on rupture of the urethra. Edinb. med. Journ. Dez. 1881, pag. 518.

Branham, Stricture of the urethra with cases and specimens. Transact. of the med.-chir. Soc. of Maryland. Okt. 1885.

Bron, Félix, Observations de guérison spontanée des rétrécissements de l'urèthre.

Brosseau, Rétrécissement de l'urèthre. Union méd. du Canada 1889 III p. 113.

Cadell, F., Cases of stricture of the urethra. Edinb. med. Journ. Aug. pag. 136—141. 1882.

Desnos, Remarques sur 500 cas de rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1891, pag. 21.

Dowd, The early diagnosis of urethral stricture. Philad. med. Journ. 1899, march 11.

Fort, Un rétrécissement uréthral unique est l'exception. Rev. chir. 1891, No. 15.

Guyon, Diagnostic des rétrécissements de l'urèthre. Gaz. d. hôp. 1880, No. 29 et 33.

Ders., Diagnostic des rétrécissements. Ann. d. mal. d. org. gén,-urin. 1887, pag. 257.

Güterbock, P., Harnröhrenverengerung usw. Eulenburgs Realencyklop. der med. Wissenschaften Band IV.

Harrison, Reginald, The urethral irrigator for the treatment of gleet and the prevention of stricture. Brit. med. Journ. 1880, No. 6 pag. 745.

Ders., Die Strikturen der Harnröhre. Ref. von Fenwick im Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane. I. Seite 47.

Ders., Clinical remarks on stricture of the urethra. Lancet 1898, April 23.

Hooren, W. van, Cocaine by stricturen. — Weekbl. v. het Nederl Tijdsch. voor Geneesk. 1887, No. 12.

Ingianni, Über die Regeneration der männlichen Harnröhre. Deutschen Ztschr. f. Chir. Bd. 54, H. 3 u. 4.

Kollmann, Über die örtl. Wirkung der Einführung von Metallinstrum. in die männl. Harnröhre (Leichenversuche). Naturforsch.-Versammlung Frankfurt 1896.

Ledentu, Sclérome des enveloppes de la verge. Bull. et mém. de la soc. d. chir. 1886 pag. 400.

Lefranc, E., Contribution à l'étude de rétrécissements traumatiques de l'urèthre. Thèse p. l. d. Paris No. 40.

Martens, Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre. Berlin 1902.

Maylord, Notes and remarks concerning the urinary apparatus from a case of stricture of the urethra. Glasgow med. Journ. 1884 Jan. pag. 55.

Otis, Fersenden N., Clinical lecture on urethral stricture. Philad. med. Times, 1884 Jan.

Owen, Edm., Abstract of clinical lecture on impassable stricture of the urethra. Med. Times and Gaz. 1884, April.

Routier, Des rétrécissements de l'urèthre. La mèd. mod. 1895, No. 8.

Rapport de la commission, chargée d'apprècier les mémoires envoyés au concours relatif aux rétrécissements de l'urèthre. Bull. d. l'acad. d. méd. de Belge 1880, No. 7.

Rivington, Clinical lecture on stricture of the urethra and its treatment. Lancet 1889 II. 531.

Scudder, A study of 404 cases of divulsion of urethral stricture. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1893 pag. 383.

Segond, P., Rétrécissements de l'urèthre. Progrès méd. 26—27. 1880.

Stewart, The diagnosis of urethral stricture of large calibre. N. O. med. and surg. J. 1889 XVII pag. 161.

de Smet, Ed., Des rétrécissements du canal de l'urèthre. Mémoire couronné par l'acad. d. méd. de Belgique. Bruxelles et Paris 1880.

Symonds, Two cases of rupture of the urethra. Brit. med. Journ. 1886 May 1.

Thiry, Rétrécissement ancien du canal de l'urèthre. Presse méd. Belge 1881, No. 3.

Derselbe, Des rétrécissements de l'urèthre. Presse méd. Belge 1886, No. 34 etc.

Derselbe, Des rétrécissements de l'urèthre. Presse méd. Belge 1887, No. 9, 12, 15 etc.

Derselbe, Des rétrécissement du canal de l'urèthre. Bruxelles 1889. 306 S. mit 1 Tafel.

Trélat, Rétrécissement du canal de l'urèthre. Gaz. d. hôp. No. 136. 1880.

Derselbe, Rétrécissement du canal de l'urèthre. Gaz. d. hôp. 1882 No. 129.

Valentine, Report of a case of stricture in a Hemophilie. N.-Y. acad. med. sect. on gen.-urin. surg. 1900, Feb. 21.

Verneuil, Rétrécissement de l'urèthre. Gaz. d. hôp. 1885 pag. 454.

Watson, Eben, Clinical remarks on stricture of the urethra. Lancet 1880, May 8.

White, Urethralstriktur. Ref. v. Otis im Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorgane I. Seite 148.

II. Ätiologie.

Bazy, Rétrécissement traumatique tardif de l'urèthre. La méd. mod. 1897, 5.

Berthier, Un nouveau cas de rétrécissement traumatique tardif. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1901, No. 7.

Bryson, The essential factor in the aetiology of stricture and its bearing upon the question of radical cure. Journ. cutan. and gen.-urin. dis. N.-Y. 1889, VII. 281.

Delbert, .Rétrécissement traumatique de l'urèthre membrauneux. Ann. d. mal. d. org. gen.-urin. 1897, No. 5.

Delormes, Harnröhrenstriktur nach Trauma. Soc. de Chir. Paris 1890, Okt. 8.

Faleki, Beiträge zur Ätiologie der Harnröhrenstrikturen. Wiener klin. Rundschau 1895, Nr. 34.

Getz, A contribution to the study of the cause of stricture in the male urethra. Med. Record. 1894, No. 19.

Gross, The connection between masturbation and stricture of the male urethra. Med. News 1888, 29. Sept.

Guyon, Rétrécissements traumatiques. Mercredi méd. 1890, 5 Mars.

Horteloup, Harnröhrenstriktur nach Trauma. Acad. de méd. Paris 1890, Sept. 30.

Neelsen, Über einige Veränderungen in der chron. entzündeten Harnröhre. 1887. V. S. f. Dermat. u. Syphilis S. 837.

Otis, F. N., Stricture and gleet. Philad. med. and surg. Report. 1881, July 23.

Zeissl, Maximil, Kasuist. Beiträge; Erkrankungen des Urogenitalapparates. I. traum. Strikturen d. männl. Harnröhre. Wien. med. Presse 1882, Nr. 36 u. 37.

III. Sitz der Striktur.

Midwedew, Über die Lokalisation der organ. Strikturen der Harnröhre. Med. Rundsch. 1897, Nr. 5.

Mitchell, Charles, Stricture of the urethra, situated at or near the meatus. Phil. med. Times 1882, Dec. 30.

Verneuil, Sur le siège des rétrécissements de l'urèthre. Gaz. d. hôp. 1880, No. 5.

IV. Pathologie und pathologische Anatomie.

Baraban, Anatom. Untersuchungen über die histolog. Beschaffenheit der Striktur. Rev. méd. de l'Est 1890, Oct. 1.

Brissaud und Segond, Étude sur l'anatomie pathol. des rétrécissements de l'urèthre. Gaz. hebd. 1881, No. 39.

Casper, Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Harnröhrenstrikturen. Berl. klin. Wochenschrift 1888, 12. u. 19. März.

Diet, Urétrite chronique et rétrécissements; nouvelle contribution à anatomie etc. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1894, avril et mai.



Oberländer, Pathologie des chron. Trippers. V. S. f. Dermat. 1887, S. 477 u. 637.

Poncet, A., Pathogénie des rétrécissements de l'urèthre. Lyon médical 1881, No. 39.

Thompson, Sir Henry, The Patologie and treatment of Stricture of the urethra and urinary fistulae 4th ed. 8, 1885.

Wassermann und Hallé, Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. org. gén.-urin. 1891, mars et mai.

Dieselben, Beitrag zur patholog. Anatomie der Urethralstrikturen. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1891.

V. Therapie.

a) Allgemeines.

Antal, G. von, Die Anwendung der Massage bei der Erweiterung der kallösen Strikturen. Cbl. f. Chir. 1884, Nr. 23.

Derselbe, Die verschiedenen Behandlungsmethoden der Harnröhrenstrikturen u. deren Kritik. V. S. f. Dermat. u. Syphilis 1887, S. 863.

Bachem, Ch., Zur Therapie der Harnröhrenstrikturrn. J. D. Bonn 1887.

Beckert, Die Gefahr der rapiden Strikturdilatation. Med. News 1896, july 25.

Brame, Ch., Nouveau mode de guérison des rétrécissements de l'urèthre. Rev. de thérapeut. méd.-chir. 1884, Juin 15.

Bryson, The radical cure of urethral stricture by the restoration of the mucous membrane to a healthy condition. Med. News 1894, Sept. 1.

Clarke, Die Radikalbehandlung der Urethralstrikturen. Lancet 1892, No. 2.

Delorme, Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre. Gaz. des hôp. 1889, LXII, 619.

Desnos, Des urétrotomies multiples dans certains espèces de rétrécissements. La méd. moderne 1893, No. 65.

Dethy, Le traitement des rétrécissements urétraux. Gaz. méd. belge 1900, No. 9 u. 10.

Edwards, F. Swinford, On the treatment of urethral stricture. Lancet Febr. 2, 1885.

Etienne, A., Rupture de l'urèthre chez l'homme et leur traitement. Ann. d. mal. org. gén.-urin 1887, pag. 280 u. 347 u. 404.

Federer, Zur Therapie der impermeablen Striktur. Prag. med. Wochenschrift 1895.

Gerson, Bequemes Verfahren zur Erweiterung von Harnröhrenstrikturen. Der ärztl. Praktiker 1896, Nr. 23.

Goldberg, Zur Behandlung schwerer gonorrh. Strikturen der Harnröhre. Deutsche med. Ztg. 1898, Nr. 24.

Gourdet, Nouveau raccord pour bougies uréthrales filiformes. La Presse méd. 1897, Juillet 28.

Hanc, Thiotinaminininjektionen bei Harnröhrenstrikturen. Wien. med. Presse 1893, Nr. 8.

Harrison, The immediate treatment of stricture of the urethra. Lancet 1880, Okt. 9.

Derselbe, Remarks on the treatment of urethral stricture by combining internal and external urethrotomy. Brit. med. Journ. 1885, July 18.

Derselbe, On the treatment of certains forms of urethral stricture by internal and external urethrotomy combined. Brit. med. Journ. 1886, Nov. 27.

Derselbe, Bericht über Dauerresultate der blutigen Intervention bei Strikturen der Harnröhre. Monatsber. f. Urologie, Bd. VI, H. 3.

Harrison, Heresco, Albarran, Les résultats éloignés d'interventions sanglantes dans les rétrécissements de urèthre. XIII. internat. Kongr. f. Med. Sekt. für Chirurgie der Harnorg. Paris 1900.

Hashimoto, Chir. Beiträge aus Japan. Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstriktur. Arch. f. klin. Chirurgie XXXII. 1885.

Heath, Christopher, The immediate treatment of strict. of the urethra. Lancet 1880, 25. Sept.

Holmes, F., Two clinical lectures on urethrotomy. Med. Times and gaz. Feb. 10. July 14.

Holt, Barnard, The immediate treatement of stricture of the urethra. Lancet 1880, Sept. 18. u. Sept. 25.

Hirschberg, M., Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Arch. f. klin. Chirurg. XXVI, S. 23, 1881.

Joly, Lucien, Considérations historiques sur les divers méthodes de traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre. 1881. Thèse par l'acad. d. Paris, No. 200.

Israel, Eug., Bericht über die auf der chir. Abteil. des städt. Krankenh. Moabit zu Berlin in den letzten 8 Jahren ausgeführten Urethrotomien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 51; H. 3 u. 4.

Keyes, The question of the radical cure of deep urethral stricture. N. Y. med. Record 1889, XXXV.

Koenig, Ein Fall von traum. Harnröhrenstriktur nebst Bemerkungen über die Behandlung derselben. Berl. klin. Wochenschr. 1880, Nr. 15 u. 16.

Kovács, J., Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Berliner klin. Wochenschr. 1887, Nr. 35.

Lancet, The modern treatment of stricture. Lancet 1880, Aug. 21.

Lane, James, The immediate treatment of stricture of the urethra. 1880, Lancet Sept. 25.

Ledentu: Examen comparatif de 24 uréthrotomies internes et de 24 divulsions. Ann. d. malad. des org. gén.-urin. 1886.

Lohnstein, Beitrag zur Behandlung der kallösen resilienten Strikturen. Berl. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 44.

Macleod, George B., Remarks on the treatment of stricture of the urethra. Glasgow med. Journ. 1880, April.

Macnamara, R., The immediate treatment of stricture of the urethra. Lancet Sept. 25, 1880.

Mallez, Rétrécissement traumatique et rétrécissement valvulaire de l'uréthre galvanocaustique chimique. Gaz. d. hôp. 71 u. 73, 1884.

Martens, Die chirurg. Behandlungen der Harnröhrenstrikturen. Ref. im Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sex.-Org. XII. S. 513.

Marx, Neues Verfahren sog. impermeable Strikturen zu erweitern. Sem méd. 1891, No. 3.



Mastin, Ch., Subcutaneous division of urethral stricture. Transaction of the americ. surg. assoc. IV. pag. 303.

Derselbe, Section souscutanée des rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin 1887, pag. 473.

Mauders, H., The immediate treatment of stricture of the urethra. Lancet 1880, Okt. 2.

Monod, E., Des règles de l'intervention chirurgicale dans les complications aigues des rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1885, Okt.

Moston, E., The treatment of stricture of the urethra and urinary and scrotal fistulae. Brit. med. Journ. 1887, pag. 701.

Nicoll, The treatment of urethral stricture. Brit. med. Journ. 1899, Okt. 21.

Park, **Rosvell**, Some therapeutic (surgical) notes in a case of stricture of the urethra. Med. News 1895, Nov. 16.

Passet, Die Therapie der impermeablen Strikturen. Centralblatt für die Krankh. der Harn- u. Sex.-Org. VI, S. 290.

Peltzer, Beitrag zur Kasuistik u. Wundbehandlung der Urethrotomie. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1883.

Polaillon, Rétrécissement infianchissable, infiltration d'urine. Uréthrot. ext. et. uréthrot. int. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1885, Juin.

Radestock, Zur Strikturbehandlung. Centralbl. f. Chir. Nr. 11. 1887.

Roser, W., Zur Behandlung unheilbarer Harnröhrenstrikturen. Centralbl. f. Chir. Nr. 2. 1881.

Salomon, **Max**, Ein geschichtlicher Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. I., S. 183.

Schmidt, Zwei technische Bemerkungen zur Harnröhrenstrikturbehandlg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 47, S. 113.

Smith, Behandlung der Harnröhrenstriktur mit Wasserdruck. Wien. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 18.

Stein, Some aphorisme of the treatment of urethral stricture. N. Y. med. Record. 1889, XXXV.

Stricker, A., Über traum. Strikturen der männl. Harnröhre und deren Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XVI.

Syme, Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Arch. f. Dermat. 1897.

Teevan, W. F., The immediate treatment of stricture of the urethra. Lancet Okt. 2 u. Okt. 23. 1880.

Thomas, Die Behandlung der filiformen Striktur der Harnröhre mit Bemerkungen über Striktur überhaupt. J. of cut. and gen.-urin. dis. 1896, May.

Thompsen, **Sir Henry**, Remarks on progress in the treatment of stricture of the urethra. Brit. med. Journ., Aug. 1880.

Tilden, G. H., and **F. J. Watson**, Nineteen cases of urethral stricture treated by urethrotomy with remarks. Boston med. and surg. Journ. 1883, Okt. 25.

Tillaux, Traitement des rétrécissements de l'urèthre. La méd. mod. 1898, avril 13.

Watson, On the treatment of stricture of the urethra. Glasgow med. Journ. 1880, April.

Watson, W. F. G., A comparison of gradual dilatation, divulsion, internal and external urethrotomy in the treatment of urethral stricture. Bost. med. and surg. Journ. 1887, Dez. 29.

White, Sur l'importance chirurgicale des rétrécissements de gros calibre de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1888, pag. 725.

White, The treatment of urethral stricture. Journ. of. cut. and gen.-urin. dis. 1898, pag. 178.

Whitehead, W., The treatment of fine strictures. Brit med. Journ. 1880, Dez. 25.

Wyeth, Treatment of strictures of the male urethra. N. Y. Acad. of. med. 1896, Nov. 10.

b) Dilatation.

Bakó, Über die schnelle (gewaltsame) Erweiterung der Harnröhrenstrikturen. Berl. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 15 u. 16.

Beckett, Report of a case illustrating the dangers of forcible and rapid dilatation in the treatment of urethral stricture. Med. News 1896, July 25.

Casper L., Ein Fall von Divulsion der Harnröhre bei einer hochgradigen, mit Harnverhaltung verbundenen Urethralstriktur. Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 30.

Chaput, Rétrécissement de l'uréthre; dilatation immédiate progressive, guérison en une seule séance. Gaz. hebdom. No. 18. 1882.

Delefosse, Quelques considérations sur le diagnostic des rétrécissements organiques de l'urèthre et sur le traitement par la dilatation. Ann. d. mal. des org. gén.-urin. 1886, p. 347.

Gigli, Eine Methode zur leichten Einführung von Darmsaiten in die Harnblase. Settim. med. Spezim. 1896, Nr. 8.

Gueterbock, Über Strikturbehandlg. durch die Verweilbougie. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 30, S. 237.

Guyon, Traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation permanente. Gaz. d. hôp. 78. 1880.

Derselbe, Traitement des rétrécissements de l'urèthre, dilatation temporaire. Gaz. d. hôp. No. 86. 1880.

Derselbe, Traitement des rétrécissements de l'urèthre, action des bougies; séance de dilatation, bougies metalliques. Gaz. d. hôp. No. 101 u. 102, 1880.

Harrison, Reginald, On the treatment of stricture by stretching. Brit. med. Journ. 1881, Dez. 10.

Hartmann, De la dilatation des rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. mal. des org. gén.-urin. 1888, p. 683.

Howland, Gradual dilatation versus cutting in the treatment of urethral strictures. Med. News 1898, April 9.

Hudson T. J., Note on the treatment of urethral gleet by medicated metal bougies. Lancet, June 6. 1885.

Janet, Quelques perfectionnements apportés au traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation. Centralbl. f. d. Krank. d. Harn- u. Sex.-Org. VI, p. 459.

Jouin, François, De la dilatation immédiate progressive. Thèse p. l'acad. d. Paris No. 68. 1883.



Lavaux, Divulsion progressive des rétrécissements de l'urèthre. Sem. méd. 1890, No. 44.

Derselbe, Du traitement par la divulsion progressive des rétrécissements de l'uréthre rebelles à la dilatation. Poitou méd. 1889 III, p. 265.

Lefort L., De la dilatation immédiate progressive des rétrécissements de l'urèthre. Bull. et mém. de la soc. d. chir. 1886, p. 400.

Malherbe, Quelques mots sur la dilatation mécanique progressive des rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1885, Nov. u. Dez.

Derselbe, Nouvelles recherches sur la dilatation mécanique progressive des rétrécissements de l'urèthre. Dans quels cas doit-on recourir á l'uréthrotomie interne? Ann. d. mal. d. org. gèn.-urin 1887.

Rizat, Observations de rétrécissements étroits du canal de l'urèthre sans fistule ou avec fistule, traités et guéris par la dilatation temporaire progressive. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1888, p. 657.

Schweig, George M., The cure of urethral stricture in one sitting. N. Y. med. Rec. 1883, Dez. 22.

Solari, Traitement inoffensif des rétrécissements du canal de l'urèthre chez l'homme au moyen de bougies en cire. Paris.

Sperling, Zur Sondentherapie der Harnröhre. Therap. Monatsh. 1887. S. 266.

Tuttle, Forcierte, lokalisierte Dilatation bei der Behandlung der Harnröhrenstriktur. N. Y. med. Journ. 1895, April 13.

Wilding, Behandlung der Urethralstrikturen vermittelst der kontinuierlichen elast. Dilatation. Verhandlg. des II. panamerik. Kongr. 1896.

Willis-King, P., New and novel method of dilating a stricture of the urethra. St. Louis Cour. of med. No. 3. 1886.

Wossidlo, Zur Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstrikturen. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 6.

c) Elektrolytische und galvanokaustische Behandlung.

Althaus, Jul., Electrolysis in stricture of the urethra. Brit. med. Journ. 1885, Okt. 3.

Allen, G. W., Cases of urethral stricture, treated by electrolysis. Bost. med. and surg. Journ. 1887, Dez. 29.

Bazy, Electrolyse et rétrécissement de l'urèthre. Antisepsie des voies urinaires. Soc. d. chir. Paris 1893, juin 28.

Belfield, Impermeable stricture, treated by electrolysis. Philad. med. and surg. Rep. 1886.

Béranger-Feraud, Note sur la dilatation du canal de l'urèthre à l'aide du procédé du prof. Lefort. Bull. gén. de thérap. 1886, 15 II.

Boisseau du Rocher, Des rétrécissements de l'urèthre. Traitement par l'électrolyse. Gaz. méd. d. Paris 1889, No. 45.

Bordier, Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urèthre en particulier. La presse méd. 1899, No. 74.

Braquehayo, De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. J. de méd. de Bordeaux 1889/90 XIX pag. 243.

Borchard, The treatment of stricture of the urethra by electrolysis. N. Y. med. Record, 1888 June.

Chapret, Rétrécissement de l'urèthre, électrolyse linéaire. Gaz. d. hôp. 1889, LXII 219.

Clarke, W. B., The treatment of stricture of urethra by electrolysis. Practitioner 1887, pag. 186.

Derselbe, Electrolysis in urethral stricture. Brit. med. Journ. 1888, May 26.

Derselbe, Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Elektrolyse. Semaine méd. 1889, No. 47.

Delagenière, Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mittelst Elektrolyse. Journ. d. mal. d. org. gén.-urin. 1890, Nov. 30.

Desnos, Résultats éloignés de l'électrolyse de l'urèthre. La presse méd. 1899, No. 75.

Dikeman, W. H., Impermeable stricture of the urethra successfully treated by electrolysis. N. Y. med. Rec. 1883, June 23.

Derselbe, The treatment of organic stricture of the urethra by electrolysis. N. Y. med. Rec. 1884, Jan. 5.

Fort, Contribution au traitement du rétrécissement de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. Gaz. d. hôp. 1884, No. 54.

Derselbe, Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. Gaz. d. hôp. 1888, Mai 3.

Derselbe, Rétrécissement de l'urèthre; électrolyse linéaire. Gaz. d. hôp. 1889, Jan. 29.

Derselbe, Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mittelst lineärer Elektrolyse. Acad. d. méd. Paris 1889, Avril 16.

Derselbe, Mechanismus der Wirkung der Elektrolyse in der Behandlg. der Harnröhrenstrikturen. Acad. d. sciences. Paris 1889, Juli 22.

Derselbe, Behandlung von Verengerungen durch lineäre Elektrolyse. Verhandlungen des X. internat. med. Kongr. Berlin 1890.

Derselbe, L'électrolyse linéaire. Rev. chir. d. malad. d. voies urin. 1891, No. 10—12.

Derselbe, Observations de rétrécissement de l'urèthre, traité par l'électrolyse linéaire. Bull. de la soc. de méd. Paris 1889.

Derselbe, Rétrécissement de l'urèthre, traité avec succès par l'électrolyse inéaire; échec de la dilatation lente et de la dilatation rapide. Bull. d. l. soc. d. méd. Paris 1889.

Derselbe, Les rétrécissements de l'urèthre et électrolyse linéaire. Gaz. d. hôp. 1889, LXII 888.

Derselbe, Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. XIII. internat. Kongr. für Med. Sekt. f. Chir. der Harnorg. Paris 1900.

Derselbe, Die lineare Elektrolyse der Urethralstrikturen. Centralbl. f. die Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. III, S. 25.

Gautier, Historique de la cure des rétrécissements de l'urèthre par la galvano-caustique chimique. Rev. chirurg. 1890, pag. 405.

Görl, Kasuistische Mitteilungen zur elektrolyt. Behandlg. von Strikturen der Harnröhre. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. IV, S. 470.

Mac Gwan, Fort's Method of electrolysis in strictures of the urethra. Journ. cut. and genit.-urin dis 1897, Sept.



d'Haenens, Die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1897, 9.

Hanc, Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen durch Elektrolyse. A. f. Derm. u. S. 1893, H. X.

Hayes, P. J., Electrolysis for the treatment of urethral stricture. Lancet 1886, pag. 447.

Derselbe, Electrolysis for the treatment of urethral stricture. Ann. of surg. V, pag. 163, 1887.

Howland, Treatment of stricture of the urethra by electrolysis. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1897 Sept.

Keyes, The curability of urethral stricture by electricity. N. Y. med. Journ. 1888, 6. Okt.

Klarfeld, Elektrolytische Zerstörung einer Strictura ureth. in der Pars pendula. Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889. VII, S. 588.

Lang, Elektrol. Behandlg. der Strikturen der Harnröhre. Klin. Zeit- u. Streitfragen, Bd. V, H. 6.

Derselbe, Die Elektrolyse in therap. Beziehung mit besond. Berücksichtigung der Strikturen der Harnröhre. Wien. klin. Wochenschr. 1897.

Levaux, Recherches sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre. Bull. d. la soc. de méd. Paris 1889.

Derselbe, Résultat éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation. La méd. mod. 1894, No. 92.

Derselbe, Weitere Resultate der doppelten linearen Elektrolyse bei der Behandlung von Strikturen, welche der Dilatation hartnäckig widerstehen. La chir. contemp. d. org. gén.-urin. 1895. Nr. 5.

Lefort, Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Rev. chir. 1895, pag. 195.

Derselbe, Rétrécissement multiple opéré et guéri par l'électrolyse linéaire. Ibid.

Monat, L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1889, VII u. VIII.

Newman, Robert, Ten years experience in the treatment of stricture of the urethra by electrolysis. N. Y. med. Rec. 1882 Aug.

Derselbe, Is electrolysis a failure in the treatment of urethral stricture. N.-Y. med. Rec. 1886, Sept.

Derselbe, Success and failure of electrolysis in urethral strictures. Philad med. Times 1888/89, XIX 185.

Derselbe, A defence of electrolysis in urethral strictures, with documentary evidence. Med. Rep. Philad. 1889, V 1.

Derselbe, Resultate der elektrolyt. Behandlung der Harnröhrenstrikturen im Vergleich mit anderen Methoden. N. Y. med. Monatshft. 1897, Sept.

Derselbe, The treatment of urethral strictures by electrolysis. Med. Rep. Philad. 1889, V, 337.

Derselbe, Zwanzigjährige Erfahrung in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse. Verhandlg. d. X. internat. Kongr., Bd. III, Abtlg. 7.

Pasquier, Observation de l'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. Bull. méd. d. nord 1889, XXVIII 133.

Posner, Ein Fall von Harnröhrenstriktur mit dem Lefortschen Verfahren behandelt. Berl. med. Ges. Berl. klin. Wschr. 1886, Nr. 18.

Derselbe, Zur Würdigung des J. A. Fort'schen Verfahrens bei der Strikturenbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 1.

Rockwell, On the value of the electrolytic method of treatment with special reference to subcutaneous naevi and urethral stricture. N. J. med. Rec. 1898, April.

Sanders, Use of electrolysis in urethral stricture. New Engl. med. Gaz. 1898, No. 9.

Spannochi, L'électrolyse linéaire dans les rétrécissements de l'urèthre. Rev. chir. 1890, No. 24.

Steavenson and Clarke, Treatment of stricture of the urethra by electrolysis. Lancet 1886, pag. 1021.

Derselbe, The treatment of stricture of the urethra by electrolysis. Brit. med. Journ. 1887, pag. 173.

Swinford, Edwards, Elektrolyse bei der Behandlg. von Harnröhrenstrikturen. Med. Press. and circular 1888.

Témoin, De l'électrolyse intra-uréthrale. Gaz. méd. Paris 1898, Janvier 22.

Vernay, Die zirkuläre Elektrolyse u. ihre klin. Resultate bei Verengerungen der Harnröhre. Lyon méd. 1900, Nr. 37.

Verneuil, Contribution au traitement du rétrécissement de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. Gaz. d. hôp, 1884, No. 54.

d) Urethrotomia interna.

Alapy, Der innere Harnröhrenschnitt bei Behandlung des chron. Trippers. Festalbum zu Ehren Prof. Kovács. 1894.

Andoy, De l'uréthrotomie interne périnéale. Arch. prov. de chir. 1895, Mai.

Bancroft, C. P., Case of urethral stricture treated by Otis Method. Boston med. and surg. Journ. Nov. 18. 1880.

Bevan, Urethral stricture and its treatment by internal urethrotomy. N. Y. med. Rec. 4 Dez. 1880.

Browne Backston, The position and the value of internal urethrotomy. Brit. med. Journ. 1887.

Callionzis, Rétrécissement de l'urèthre, infiltration d'urine. Uréthrotomie interne. Guérison. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1887.

Clarke, Value of antiseptic precautions in internal urethrotomy. Brit. med. Journ. 1888, 2 June.

Derselbe, Die Anwendung antisept. Kautelen bei der inneren Urethrotomie. Ref. von Fenwick im Centralbl. für die Krankh. d. Harn.- u. Sex.-Org. I. Seite 48.

Coulson, Walther, The treatment of stricture of the urethra by internal urethrotomy with a review of the different methods. Brit. med. Journ. 1884, Sept. 20.

Delefosse, E., Leçons cliniques d'uréthrotom. interne, recueillies par E. Piogey. Paris 8, 111 pag., 1880.

Derselbe, De l'uréthrotomie interne devant la société de chir. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1886.

Dubec, Opération d'uréthrotomie interne, employé contre un rétrécissement très dur et très serré compliqué d'incontinance d'urine. Union méd. 1884, No. 67.

Fort, Opération d'uréthrotomie interne. Gaz. d. hôp. No. 32 1884.

Gaun Mc, T. J., Remarks on stricture of urethra in connexion with internal urethrotomy. Lancet No. 6, 1880.

Gay, George W., Otis's treatment of strictures of the urethra. Brit. med. and surg. Journ. 1881, July 7.

Goldberg, Urethrotomia int. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 57, H. 5 u. 6.

Guyon, Uréthrotomies internes: statistique. Bull. et mém. d. l. Soc. d. Chir. 1886, p. 542.

Humbert, Blennorrhagie ancienne, rétrécissement de l'urèthre. Uréthrotomie interne. Gaz. d. hôp. No. 98, 1884.

Kollmann, Intraurethrotomie bei weiten Strikturen. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn.- u. Sex.-Org. X, S. 154.

Lister, Internal urethrotomy. Lancet, May 7, 1881.

Loumeau, Uréthrotomie interne pour un rétrécissement traumatique. Urémie. Ann. d. mal. des org. gén.-urin. 1886, pag. 242.

Lydston, A resume of my exprience in internal anterior urethrotomy. Med. News 1899, March 4.

Nicolich, Über Urethrotomia interna bei Behandlg. von Harnröhrenstrikturen. Wien. med. Presse 1899, Nr. 50.

Otis Fersenden N., Das Résumé 17jährg. Erfahrung in der Operation der dilatierenden Urethrotomie. Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sex.-Org. II, S. 290.

Pearson, C., A case of traumatic stricture, treated by internal urethrotomy and continous dilatation. Lancet 1886, pag. 9.

Pezzer, De l'uréthrotomie interne chez l'enfant. De la courbure à donner au conducteur. Union méd. No. 1887.

Picard, H., Quelques rétrécissements de l'urèthre contre lesquels l'uréthrotomie int. est inefficace. France méd. 1888, 15 Mars.

Picard, De l'utilité de l'uréthrotomie interne. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin, 1888. pag. 324.

Réliquet, Rétrécissements péniens compliqués de cooperites suppurées. Uréthrotom. int. Union méd. No. 90 u. 91, 1887.

Reynès, Urethrotomia int. V Sess. de la soc. franç. d'urologie. Paris 1901.

Richelot, Uréthrotomie interne. Instillations. Union méd. No. 72, 1885.

Ricketts, Internal urethrotomy. An abstract of the resultats of thirty six operations. N. Y. med. Journ. 1892, No. 57

Schliffka, Über die Urethrotomia interna. Wien. med. Presse, Nr. 46, 1898.

Schüller, Zur inneren Urethrotomie. Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 37.

Sciaky, Rétrécissement organique; uréthrotomie interne. Gaz. des hôp. de l'empire ottoman. 1888/89 II, No. 34.

Stocker W. Thornby, The treatment of stricture by internal urethrotomy. Dublin. Journ. of med. sc., June 1885.

Tédénat, Des rétrécissements péniens d'urèthre. — Montp. méd. 1886.

Teevan, W. F., Non dilatable stricture of the urethra. Internal urethrotomy. — Lancet, Jan. 10. 1880.

e) Urethrotomia externa.

Alexander, S., Some suggestion in regard to perineal section or external urethrotomy. New York med. Rec. 1887, Okt. 29.

Bangs, L. B., External urethrotomy. A plea for its early performence in minor traumatisme of the urethra. — New York med. Rec. 1887, May 7.

Barnish, W. C., Traumatic rupture of the urethra, perineal section; complete recovery; remarks. Lancet 1886, March 20.

Bolton, A modification of Cock's method of performing external urethrotomy without a guide. J. of cut. and gen.-urin. dis. 1901, pag. 259.

Bourdaux, Indications de l'uréthrotomie ext. dans les ruptures traumatiques du canal. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1885, pag. 44.

Bryant, Old standing stricture of the urethra. Cystitis, foreign body in bladder, external urethrotomy. — Peritonitis, death. Lancet, March 19. 1881.

Coignet, De l'uréthrotomie périnéale dans les rétrécissements incurables. La méd. moderne 1893. 9 Sept.

Delefosse, Uréthrotomie périnéale pour deux rétrécissements; cathétérisme retrograde avec taille hypogastrique; guérison. Ann. d. mal. d. org. gen.-urin. 1889, VII 526.

Delore, Uréthrotomie périnéale pour rétrécissement avec fistules incurables de l'urètre. Gaz. hebd. 1899, Mai.

Dubreuil, Double uréthrotomie externe. Gaz. hebd. de Montpell. 1888, No. 44.

Duplay, Du cathétérisme rétrograde, combiné avec l'uréthrotomie ext. dans les cas de rétrécissements infranchissables. Arch. gén. de méd. 1883 Juillet, pag. 38.

Fallot, J. E., De l'uréthrotomie externe pratiquée au moyen du thermocautère. Thèse p. l'acad. d. Paris No. 305.

Fischer, Stricture of the urethra with perineal fistulae, treated by external and internal urethrotomy. Lancet 1888, 27. Oct.

Gärtner jun., Ein Fall von zweifacher Urethrotomia ext. Dtsch. Zeitschrift f. Chir. 1888, Bd. 27.

Guermonprez, Uréthrotomie externe sans conducteur; perineoraphie, guérison. Gaz. d. hôp. No. 62. 1886.

Güterbock, P., Zur Technik und Nachbehandlung des äufseren Harnröhrenschnittes. Dtsche. Ztschr. f. Chir. XXV S. 464.

Derselbe, Über Nachbehandlung nach dem äufseren Harnröhrenschnitte. Arch. f. klin. Chir. XXXIV S. 848.

Guyon, Manuel opératoire de l'uréthrotomie externe. Rev. gén. de clinique, 1888, 1 mars.

Derselbe, De l'uréthrotomie externe. Gaz. d. hôp. 1888, 29 mars.

Derselbe, Indications et technique de l'uréthrotomie externe. — La presse méd. 1899 No. 100.

Hammond, External urethrotomy in a child. Med. News 1896, Nov. 28.

Harrison. On the treatment of some urethral strictures by section and drainage. Med. Press u. Circ. 1889, XLVII pag. 131.

Derselbe, External urethrotomy. — Lancet 1900, march 17.

Horteloup, Canal de l'urèthre ayant subi l'uréthrotomie externe en Oct. 1878.—Bull. et mém. d. l. soc. d. chir. 1882, pag. 578.

Hayden, External urethrotomy. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1898, pag. 384.

Hinsdale, Guy., Traumatic urinary fistule. External perineal urethrotomy. Philad. med. Times 1883, July 14.

Hoffmann, J. W., Urethral fistule; relieved by external perineal urethrotomy. Philad. m. a. s. Rep. 1887, Sept. 24.

Hormann, Über Urethrotomia externa. Dissert. Berlin 1888.

Horn, M., Beitrag zur Nachbehandlung der Urethrot. ext. Inaug.-Diss. Greifswald 1886.

Horwitz, A modification of the technic of the operation of perineal section, with a view to simplify the process, new instruments described. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1898, pag. 362.

Kumar, Albin, Kasuistische Mitteilungen aus der II. chir. Klinik des Krankenhauses Wieden. Harnröhrenstriktur höchsten Grades. Periurethrale Abszefsbildung u. Urininfiltration. Urethrot. ext. Heilung. Wiener med. Blätter 1883, Nr. 43.

Laplace, Extravasation of urine; external perineal urethrotomy without guide: Death from uraemia. Med. News 1894, pag. 892.

Ledentu, Suture de l'urèthre après une uréthrot. ext. Bull. et mém. d. l. soc. d. chir. 1886, pag. 775.

Leroy, Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. Uréthrotomie périnéale. Faux abscès urineux. Ann. d. l. soc. Belge d. chir. 1894, No. 7.

Löbker, Die antisept. Nachbehandlg d. Urethrot. ext. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XVI, S. 398. 1882.

Derselbe, Zur Frage der antisept. Nachbehandlg. d. Ureth. ext. Centralbl. f. Chir.Nr. 39. 1882.

Marshall, Traumatic stricture of the urethra, perineal section by Wheelhouse's plan. Lancet 1881, 17. Dez., pag. 1042.

Derselbe, A case of impermeable stricture of the urethra treated by perineal section. Glasgow med. Journ. XIX, pag. 18.

Martin, Rétrécissement traumatique infranchissable de la portion pénienne de l'urèthre. Uréthrot. ext., sonde à demeure, guérison. Ann. d. mal. des org. gén.-urin. 1886, pag. 109.

Michael, J. E., Perineal urethrotomy. Report of nine cases of perineal section of the urethra without a guide. Ann. of surg. VI, pag. 9, 1887.

Monod, E., Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe. Thèse p. l'acad. d. Paris 1880.

Morris, Cases of Cock's operation followed by incision or dilatation of the stricture. Med. times and gaz. June 23, June 30. 1883.

Newman, An external urethrotomy, followed by two suprapubic lithotomies etc. Med. News 1898, Dec. 10.

Norton, A. T., Stricture of the urethra cured by external urethrotomy. Lancet, Feb. 14, pag, 292. 1885.

Novotny, L., Die Indikationen der äufseren Urethrotomie im Anschlufs an drei per primam geheilte Fälle. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane II, S. 336.

Ollier, Uréthrot. ext. sans conducteur dans les rétréciss. infranchissables ou qu'il est dangereux de s'obstruer à vouloir franchir. Lyon méd. No. 15. 1882.

Derselbe, Uréthrotomie externe sans conducteur. Lyon méd., 16 août.

Passet, Über den Heilungsmechanismus der Urethralstrikturen nach Urethrot. u. den sich hieraus ergebenden Wert der Ureth. ext. Therap. Monatsh. 1892, H. 10.

Perkins, External urethrotomy for traumatic stricture complicated with extensive false passage. Boston M. and surg. J. 1889, CXXI, 62.

Philip, H., De l'uréthrotomie externe sans conducteur et de ses indications multiples dans les rétrécissements multiples de l'urèthre. Paris 1886.

Poisson, Louis, Rupture de l'urèthre, uréthrotomie ext. avec cathétérisme rétrograde. Rev. d. chir. 1881, pag. 917.

Poncet, Indication et résultats éloignés de l'uréthrot. périnéale. VII. Congr. de chir. Paris 1894.

Derselbe, Résultats éloignés de l'uréthrot. périnéale etc. Bull. de l'acad de méd. 1899, No. 45.

Poppert, P., Beiträge zum äufseren Harnröhrenschnitt. Inaug.-Abhandlung. Giessen 1885.

Prasse, Fedor, Kasuistischer Beitrag zum Harnröhrenschnitt. Inaug.-Abhandlg. Berlin 1882.

Reinhardt, Über die Urethrot. ext. Berl. klin. Wochschr. 1898, Nr. 35.

Riedel, B., Über Indikation u. Ausführung der Ureth. ext. Centralbl. f. Chir. 1882, Nr. 33.

Salviat, De l'uréthrot. ext. d'emblée dans la rupture traumatique de la région périnéale de l'urèthre. Thèse par l'acad. d. Paris No. 190. 1883.

Segond, P., De l'uréthrot. ext. Ann. d. mal. des org. gén.-urin. pag. 719. 1887.

Sheild, M., On suture of the urethra in cases of perineal section. Lancet 1888, 20. Oct.

Derselbe, Harnröhrennaht nach Perinealschnitt. Ref. von Fenwick im Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane I, pag. 47.

Southam, Urethrot. ext. bei Harnverhaltung, bedingt durch Urethralstrikturen. Brit. med. Journ. 1891, may 9.

Storry, Two cases of extern. urethrot. Lancet 1886, Oct. 9.

Verneuil, Sur l'uréthrot. ext. avec le thermocautère. Bull. et mém. de l. soc. d. chir. pag. 197. 1880.

Walker, H. C., 18 cases of external perineal urethrotomy. Philad. m. a. s. Rep. 1887, June 18.

Wwedenski, Über die Urethrot. ext. nach der Methode von Morris usw. Monatsber. f. Urolog. Bd. VI, H. 4.

f) Resektion, Exzision und Plastik.

Albers, Harnröhrenstriktur u. Neubildung einer künstlichen Harnröhre aus der Haut d. Penis. Dtsch. militärärztl. Ztschr. 1890, I.

Bako, Resectio partialis urethrae wegen blennorrhoischer Striktur. Sitzungsber. d. Ges. ungar. Dermat. u. Urolog. 1896, 5. März.

Derselbe, Harnröhrenresektion bei einer mit akuter Retention komplizierten traum. Harnröhrenstriktur. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. VI, Seite 177.

Baumgarten, Partielle Resektion der Harnröhre bei Striktur, Kombination mit Cystotomia perinealis. Centrbl. f. d. K. d. Harn- u. Sex.-Org. IX, Seite 119.

Brown Thilden, Plastic resection of urethra for a traumatic stricture. which had required the persistent wearing of a silver catheter for trenty for years. Journ. of cut. a. gen.-urin. dis. 1899, pag. 172.

Deanesly, Remarks on the treatment of impermeable stricture of the urethra by excision of the strictured segment and suture of the divided ends Brit. med. Journ. 1899, July 29.

Fuller, Urethrale Resektion mit gutem Resultat. Amerik. Ges. d. Ärzte f. Harn- u. Sex.-Krankh. 1896, Juni.

Derselbe, Good results following urethral resection. Med. News 1896, July 25.

Guyon, Rétrécissement traumat. de l'urèthre pénien; résection. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1894, avril.

Heusner, Über Resektion der Urethra bei Strikturen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. 1883.

Derselbe, Über Resektion der Urethra bei Strikturen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. 1887.

Jonnesco, La taille hypogastrique préliminaire dans la résection de l'urèthre périnéal et pénien. III. Sess. de l'assoc. franç. d'urolog. Paris 1898.

Keyes, A case of excision of stricture and urethroplasty for radical cure. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1892, pag. 401.

Ledentu, Section complète de l'urèthre et des téguments du pénis par une ficelle; réparation de la difformité par deux opérations autoplastiques; guérison. Bull. et mém. de l. soc. de chir. Paris 1889, XV, 195.

Locquin, Du rapprochement et de la suture des deux bouts après avivements ou résection dans les ruptures traumatiques du canal de l'urèthre. Bull. et mém. d. l. soc. d. chir. 1887, pag. 660.

Lübbe, Excisio stricturae urethrae. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 48, Seite 600.

Molière, Daniel, Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'urèthre, compliqués des fistules. Lyon méd. 1884, 25 Mai.

Derselbe, Fracture du pubis et rupture de l'urèthre; rétrécissement infranchissable, résection et urethroplástique. Lyon méd. No. 13. 1885.

Noguès, Ultimate results of a resection of the urethra. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1899, pag. 166.

Platt, Resektion einer traum. Harnröhrenverengerung. La presse méd. 1897, 30.

Podres, A., Zur Frage der Operationsmethoden kallöser Strikturen der Harnröhre. St. Petersb. med. Wochenschr. 1884, Nr. 28.

Poncet, De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissements. III. Congr. franç. d. chir. 1888.

Pousson, Oblitération complète de l'urèthre pénien consécutive à un traumatisme; réfection du canal par excision de la partie centrale du nodule cicatriciel; guérison. Ann. d. la policlin. d. Bordeaux 1889, I., 85.

Pousson, Über die Resektion der pars pendula der Harnröhre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1895.

Reclus et Pousson, De l'urétrectomie. La méd. mod. 1895, pag. 466.

Robson, A. W. Mayo, Traumatic urethral stricture, cured by excision. Brit. med. Journ. 1885, march 7.

Trantow, A., Über operative Verlegung der Harnröhre nach Strikturen derselben. Inaug.-Diss. Greifswald 1887.

Tuttle, Resection of the urethra. N.-Y. acad. of med. Sect. on gen.-urin. surg. 1899, march 14.

Villard, Über die Resektion der Strikturen im perinealen Abschnitte der Urethra mit nachfolgender Urethroplastik. Arch. prov. de chir. 1895, V.

Wagner, Eine neue Methode zur operativen Behandlung von ausgedehnten Harnröhrendefekten durch suprasymphysäre Implantation der Harnröhre und des Penis in die Blase. Centralbl. f. Chir. 1898, Nr. 30.

Wahl v., Über Exzision des Narbencallus bei traumat. Strikturen der Harnröhre mit nachfolgender Urethrorrhaphie. St. Petersb. med. Wochenschr. 1889, VI, 413.

Witting, Über Resektion der Harnröhrenstrikturen. Dissertat. Greifswald 1888.

g) Palliative Behandlungsmethoden.

Badaloni, Guid., La puntura capillare della vesica nella retentione di urina par ristringimenti uretrali insormontabili. Morgagni 1880, maggio, pag. 350.

Berlin, Rétrécissement de l'urèthre; lavage de la vessie par la voie suspubienne, comme complément de la ponction évacuatrice. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1889, VII, pag. 397.

Boeckel, J., Cystotomie suspubienne comme opération préliminaire du cathétérisme retrograde dans les rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Gaz. méd. d. Strssb. 1883.

Cousins J. Ward, The treatment of retention of urine with a capillary catheter. Brit. med. Journ. 1885, Dez. 19.

Duncan, John, Traumatic stricture; its treatment by suprapubic cystotomie. Edinb. med. Journ. 1884, July.

Fabrikant, Die sectio alta als Heilverfahren bei impermeablen Strikturen des Harnkanals u. bei Harnfisteln. Arch. f. klin. Chir. Bd. 55, H. 4.

Guyon, Cathétérisme modificateur. La presse méd. 1897, 4.

Jackson, Impassable stricture of urethra; suprapubic aspiration, followed by tapping per rectum of the bladder; afterwards passage into bladder of a filiforme bougie; finally complete dilatation of stricture. Lancet 1888, 4 Feb.

Leguen, Trois observations de cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1895, pag. 307.

Lydston, An unique case of perineo-suprapubic section. Journ. of the americ. med. assoc. 1898, june 18.

Makins, G. H., The results of preprostatic puncture of the urethra in forty-six cases, in which the operation has been porformed in the hospital during the post ten years. S. Thomas' Hosp. Rep. N. S. Vol. XV, pag. 107.

Mendes, Du cathétérisme rétrograde. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1895, pag. 800.

Monod, Ch., Du cathétérisme rétrograde. Bull. et mém. de la soc. d. chir. 1886, pag. 254.

Mac Nalty, Suprapubic drainage in imperforate stricture. Brit. med. Journ. 28 XI, 1896.

Neuber, G., Beiträge zum Catheterismus posterior. Arch. f. klin. Chir. XXVII 1881, Seite 502.

Sonnenburg, Der retrograde Katheterismus bei impermeablen Strikturen. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins 13 XI 1893.

Treves, F., Severe urethral stricture treated by permanent suprapubic drainage of the bladder. Remarks. Lancet 1886, pag. 1161.

VI. Komplikationen der Behandlung.

Brewer, Accidents, complications, and results following internal urethrotomy upon 120 cases of stricture. Intern. Journ. of Surg. N.-Y. 1890.

Brayant. J. D., Moderate dilatation of urethral stricture followed by abscesses of the trunk and limbs. New York med. Rec. 1887, pag. 278.

Cera, P., Sulla febbre urinosa. Morgagni 1886, juglio.

Collins, M., Pyaemia following gradual dilatation of the stricture of the urethra. Brit. med. Journ. 1880, Dez. 25.

Cousins John Ward, The influence of malarious desorders on urethral fever with remarks on the treatment of stricture. Brit. med. Journ. 1884, Feb.

Edwards, F., Urethral fever whith records of 3 fatal cases. Ann. of surg. vol. II, pag. 20, 1886.

Gay, George W., A fatal case of internal urethrotomy. Boston med. and surg. Journ. 1884, Jan.

Gillepsie, J., Extensive extravasation of urine occurring to a patient aet. 79, successfully treated. Med. Press. and circul. 1880, Sept.

Guyon, Fausses routes de l'urèthre. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1888, pag. 769.

Jobard, W., Rétrécissement traumatique de l'urèthre. Uréthrotomie interne. Mort foudroyant. Bull. et mém de l. soc. d. chir. 1887, pag. 111.

Kurz, E., Zwei innere Urethrotomien gefolgt von Melancholie. Memorabilien 1887, VII, Nr. 2.

Monnier, L., Rétrécissement uréthral chez un malade atteint de néphrite parenchymateuse chron. latente. Dilatation progressive. Sépticémie. Gaz. méd. de Paris 1885, No. 40.

Müller, Fried., Ein Fall von Exitus letalis 18 St. nach Sondierung der Urethra. Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sex.-Org. 1896, VII, pag. 137.

Myles, Hemorrhage as a complication of internal urethrotomy. Med. Press and circul. 1898, No. 22.

Parker, An unusual case of extravasation of urine. Brit. med. Journ. 1901, Aug.

Penrose, Stricture of urethra; death caused by a false passage, made by the patient. Trans. Path. Soc. London 1888/89, XL, 174.

Porter, C. B., Unusual urethral cases. Bost. med. and surg. Journ. 1881, April.

Pousson, Rétrécissement de l'urèthre; uréthrotomie interne; impossibilité de la miction, ne se rétablissant qu'après la disparition de l'inflammation et l'irritabilité vésicale. Ann. d. la policlin. de Bordeaux 1889, I, 28.

Power, R. E., Strictura of urethra; „catheter fever", albuminuria; recovery. Brit. med. Journ. No. 15. 1884.

Princeteau, Rétrécissement uréthral infranchissable; cathéterisme rétrograde. Mort par suppuration periprostatique et pyelonéphrite. Journ. de méd. d. Bordeaux 1889/90, XIX, 38.

Steavenson, Fatal case of external urethrotomy. Lancet 1887, pag. 614.

Taylor, R. W., A rare form of septicaemia following operation for urethral stricture. Sépticémie gazeuse fondroyante. N. Y. med. Rec. 1887, May.

Thiry, Rétrécissement du canal de l'urèthre, fausses routes, infiltration urineuse, phlégmon gangréneux etc. Presse méd. Belge 1880.

Verneuil, Rétrécissement de l'urèthre, cathéterisme, accidents consécutifs. Gaz. d. hôp. 1884, No. 48.

Vulliet, A propos d'un cas de mort survenu 10 heurs après l'opération de l'uréthrotomie interne. Rev. méd. de la Suisse romande. 1881.

Webber, A case of urethral stricture in which death occurred 15 hours after passing a catheter. Brit. med. Journ. 1899, March 4.

Zuckerkandl, Letaler Ausgang nach Sondierung der verengten Harnröhre. Wien. med. Presse 1896, Nr. 45.

VII. Komplikationen und Folgeerscheinungen bei Strikturen.

Armstrong, Perinealabscess following urethral stricture. Rep. super. surg. gen. M. Hosp. Wash. 1889 pag. 268.

Bishop, E., Urethral stricture, perineal abscess etc. Lancet, Jan. 16, 1886.

Burrell, H. L., Cases of perineal abscess dependent on urethral stricture. Boston med. and surg. Journ. 1885, 26 March.

Collier, M., Stricture of the urethra presenting unusual difficulties; remarks. Lancet 1887, pag. 979.

Callere, Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre. Arch. de neurolog. 1894, juillet.

Davy, Richard, Abstract of a lecture on perineal and penile fistulae: scrotal bisection. Brit. méd. Journ., Febr. 23. 1884.

Dudon, E., Rétrécissement ancien; cystite, pyelonephrite, hématurie; mort. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. pag. 494. 1887.

Dunn, L. A., Case of fractured pelvis with rupture of urethra, extrava-



sation of urine and formation of urinary fistulae. Guy's Hosp. Rep. XLIV. pag. 167. 1887.

Durand-Fordel, R., Rétrécissement de l'urèthre, cystite chronique, couche de phosphate ammoniaco-magnésien touchant toute la mouqueuse. Progrès méd. 1884, No. 32.

Escat, Infiltration d'urine et périuréthrides. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1898, No. 9 u. 10.

Fenwick, Residualharn bei Harnröhrenstriktur. — Ref. von Fenwick im Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. I, S. 46.

Fenwick, Hurry, Retention cysts of Cowper's glands as a cause of chronic gleet, spasmodic stricture, organic stricture, extravasation of urine and of so-called „falses passages“ in the boulbous urethra. Brit. med. Journ. 1896, jan. 4.

Fort, Rephlexphänomen seitens der Urethra (bei Striktur). Bull. géner. de thérap. 1890, avril 4.

Gibson. Strikturen der Urethra u. die Komplikationen. Weekly med. Review 1891, 24 Jan.

Giron, Fracture du bassin par enfoncement. Rupture de l'urèthre; infiltration d'urine. Progrès méd. 1880, No. 12.

Goldberg, Extraktion einer bougie filiforme conductrice aus der Harnblase eines Strikturierten. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. X. Seite 184.

Greffier, Rétrécissements de l'urèthre; calculs enclavés et enchantonnés. Mort par embolie pulmonaire. Progrès méd. 1882, No. 31.

Hallé, N., Rétrécissement de l'urèthre; Abscès urineux ouvert dans le rectum etc. Progrès méd. 1885, No. 25.

Hamonic, Uréthrorrhagies spontanées consécutives au rétrécissement blennorrhagique. La méd. mod. 1893, pag. 1187.

Harrison, Reg., Stricture of the urethra with perineal fistula. Rapid stretching and continous drainage. Cure. Brit. med. Journ. 1882, June 24.

Derselbe, On some points in the treatment of urinary abscess, stricture and extravasation of urine. Lancet 1883, Jan. 13.

Hartmann, Infiltration urineuse du périnéum. Progrès méd. 1886, No. 2.

Hussey, E. L., Cases of retention of urine. Med. Times and Gaz. 1880. Dez. 25.

Jaques, Un cas d'uréthrorrhagies spontanées consécutives au rétrécissement blennorrhagique. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1893, Janvier.

Kennan, Ein Fall von Obliteration der Urethra. Brit. med. Journ. 1899, July 29.

Kirmisson, E., Rétrécissement très-étroit de l'urèthre compliqué de cystite et de néphrite. Intolérance de la sonde à demeure. Retention d'urine et fièvre urineuse. Bull. et mém. de la soc. de chir. 1886, pag. 385.

De Labordette, Observations on a case of urinary fistula. Lancet 1880, Febr. 28.

Lane, W. Arbuthnot, Compound diverticulum in connection with the prostatic urethra. Pathol. Trans. 1885, pag. 288.

Lawson, G., Rupture of urethra from a blow on the perinaeum. Retention of urine etc. Med. Times and Gaz. 1881, June 18.

Lipowski, Pathologie u. Therapie d. Harnabscesse. Arch. f. klin. Chir. Bd. 52 u. 53.

Mathieu, Observation d'infiltration urinaire d'origine traumatique. Lyon méd. 1880, No. 8.

Meymott, Herrvy, Retention of urine. Brit. med. Journ. 1882, June 3.

Michel u. Grofs, Rupture de la vessie chez un rétréci. Soc. méd. de Nancy 1899, janv. 25.

Neilson, Stricture of the urethra and enormous inflammatory induration of the boulbous portion; chronic cystitis. Univ. m. Maj. Philad. 1888/89, I. 287.

Owen, Edm., A serie of cases of urinary troubles. Med. Times and Gaz. 1884, Nov. 15.

Paul, Cases of stricture of the urethra with complications. Remarks. Lancet 1885, June 20.

Panné, Rétrécissements de l'urèthre ancien, cystite et néphrite consécutive. Tuberculense ultime des organes urinaires; mort par urémie. Progrès méd. 1886, No. 15.

Péraire, Fistule urèthro-rectale. Rétrécissement de l'urèthre, Urèmie etc. Progrès méd. 1883, No. 47.

Picqué, Fistules urinaires multiples. Mort par erysipèle. Progrès méd. 1883, No. 13.

Derselbe, Retention d'urine par rétrécissement blennorrhagique du canal de l'urèthre. Perinéphrite suppurée. Progrès méd. 1883, No. 47.

Pierantonii, Francesco, Restringimenti uretrali, moltipli fistole uretro-rettale ed uretro-scrotale — uraemia — uretrotomia esterna — ascesso urinoso purolento — guarigione. — Il Morgagni 1880, Marzo.

Plowright, C. B., Perineal fistula of three years duration completely cured by gradual dilatation of the stricture. Brit. med. Journ. 1883, Dez. 15.

Pouly, Rétrécissement de l'urèthre et poche urineuse indolente. Soc. d. sc. méd. Lyon 1899, Nov. 22.

Pousson, Un cas d'éjaculation sauguinolente chez un homme jeune atteint d'un rétrécissement pénien de cause inconnue. Ann. d. la policl. de Bordeaux 1889, I. 35.

Derselbe, Sur quelques cas d'uréthrorrhagie. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1896, pag. 737.

Ráskai, Insuffizienz der Harnblase infolge weiter Harnröhrenstriktur. Klin.-therap. Wochenschr. 1900, Nr. 47.

Ravogli, Urinabscess infolge urethraler Striktur. Lancet 1896, Sept.

Regnauld, Rétrécissement de l'urèthre, cystite aiguë, Uréthrotomie. Bougie, siègeant depuis longtemps dans la vessie et incrusté de phosphate. Progrès méd. 1886, 30.

Routier, Infiltration d'urine, abscès urineux. Progrès méd. 1884, No. 44.

Schuchardt, K., Hydronephrosenbildung bei geringen Veränderungen der unteren Harnwege. Deutsche Ztschr. f. Chir. 1881, XV, S. 611.

Sébileau, P., Pyélonephrite consécutive à un rétréciss. de l'urèthre. Bordeaux méd. 1881, No. 32.



Smet de, Traitement de la rétention d'urine suivie de rétrécissem. de l'urèthre. La clinique 1888, 22. Nov.

Derselbe, Rétrécissement uréthral; arthrite suppurée du genou; pneumonie totale du poumon droit, hépatisation grise; mort. Presse méd. Belge Brux. 1889 XLI.

Terrillon, Rétrécissement de l'urèthre, infiltration urineuse. Gaz. d. hôp. 1885, No. 104.

Thiry, Rétrécissement fibreux du canal de l'urèthre, retention d'urine etc. Presse méd. Belge 1883, No. 4.

Derselbe, Rétrécissement de l'urèthre. Tumeur urineuse et épanchement. Cancer encéphaloide par inoculation. Presse méd. Belge 1884, No. 37.

Tobin, On stricture of the urethra and some of its complications. Med. Press u. Circ. 1889 XLVII, pag. 242.

Trélat, Abscès périnéal, trajets fituleux, filtration urineuse. Gaz. d. hôp. 1884, No. 43.

Weil, C., Über Behandlung verschiedener Formen von Harnretentionen. Prager med. Wschr. 1881, No. 17.

Wetherhill, H. M., Rupture of urethra, urinary infiltration. Phil. med. Times 1881, Okt. 8.

White, A case of stricture followed by rupture of the urethra and extravasation of the urine. External urethrotomy. Recovery. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1890, p. 331.

Willemin, Rétrécissement de l'urèthre; retention d'urine; dilatation des uretères, des bassinets et des calices; néphrite ascendante. Bull. soc. anat de Paris 1889, LXIV, pag. 183.

Zimmermann, Undurchgängige Harnröhrenverengerung mit Harnröhrenstein. Wien. klin. Wochenschrift 1897, 16.

VIII. Anderweitige Strikturen.

(spastische, kongenitale, syphilitische; Strikturen bei Frauen und bei Kindern).

Aschner, Hochgradige Harnröhrenstriktur als Folge von Blenorrhoe im Kindesalter. Sitzungsber. d. Ges. ungar. Derm. u. Urolog. 1896, 22. Okt.

Bagot, Stricture of the urethra in Women. Med. News 1895, pag. 246.

Bangs, Stricture of the urethra in male children. N. Y. med. Rec. 1897, April 10.

Derselbe, On spasmodic urethral stricture from anal fissure. N. Y. med. Rec. 1889, XXXV, pag. 85.

Bois, Traumatisme grave du penis chez un enfant. Restauration tardive du canal de l'urèthre complètement divisé. Progrès méd. 1886, 38.

Clutton, H. H., Traumatic stricture in a child aged 3 years. Lancet 1887, pag. 1231.

Delorme, Edm., Rétrécissement spasmodique du canal de l'urèthre d'origine hystérique. Bull. et mém. d. l. soc. d. chir. 1886, pag. 398.

Desprès, Rétrécissement de l'urèthre chez une femme de 28 ans. Gaz. d. hôp. 1881, No. 135.

Earle, Cgoneuital urethral spasme and incontinence. Med. Standard Chicago 1889, V, 12.

Fischer, Zu den Strikturen der weibl. Harnröhre. Centralbl. f. Gynäk. 1895, Nr. 39.

Frank, Ein Fall von Urethraldefekt infolge eines phagedänischen Schankers Festschr. für Georg Lewin, Berlin 1895.

Herman, On stricture of the femal urethra. Brit. med. Journ. 1887, pag. 158.

Hugo, Harnröhrenstriktur bei einem 11jährg. Knaben. Brit. med. Journ. 1899, July.

Ide, Stricture of the urethra in a young boy. Med. Rec. 1898, Mai 28.

Kleinwächter, Einige Worte über Verengerungen der weiblichen Urethra Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1894, XXVIII, 1.

Kumar, Ein seltener Fall von Harnröhrenstriktur. Wien. med. Blätter 1889, XII Seite 102.

Kutner, Beitrag zu den Störungen der Harnentleerung bei Kindern und ihrer Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 19.

Leclerc-Dandoy, Spasme de l'urèthre postérieur simulant un rétrécissement filiforme. Journ. méd. de Brux. 1900, No. 50.

Macan, Congenital stricture of the urethra in an infant. Brit. M. J. 1887, pag. 513.

Mac Munn, Blennorrhagie urethral. Stricture in a young subject. Brit. med. Journ. 1894, pag. 13.

Moston, Über Ursachen einer spastischen Striktur. Verhandlg. d. Brooklyn Derm. u. gen.-urin. Soc. 1898, Oktob.

Pasteau, Etude sur le rétrécissement de l'urèthre chez la femme. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1897, août.

Ramey, G., Spasme de l'urèthre guéri par la suggestion hypnotique. Ann. d. mal. etc. 1886.

Reliquet et Guépin, Faux rétrécissements de l'urèthre. Paris 1893.

Romme, Les injections uréthrales de cocaïne dans les retentions d'urine d'origine spasmodique. La presse méd. 1900, No. 51.

Santi, de, Rétrécissement syphilitique de l'urèthre. Bull. et mém. d. l. soc. d. chir. 1886, pag. 318.

Shepherd, Remarkable case of circular constriction of the penis in a boy, producing a condition of elephantiasis. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1893, pag. 139.

Warker, Ely von de, Stricture of the urethra in woman. Med. News, Juli 16, 1887.

Whitney, James, Infantile urethral stricture. Boston med. and surg. Journ. 1883, Sept. 27.

IX. Meatotomie und Veränderungen am Meatus.

Baer, Zur Blutstillung u. Nachbehandlung der Meatotomie. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. XII, Seite 182.

Bennet, W. H., Is division of the meatus urinarius u. simple matter to the patient? N. Y. med. Rec. 1887, Jan. 22.

Bierhoff, Ein neues Meatotom. Monatsber. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-App. Bd. V, Nr. 2.

Desnos, E., L'étroitisme congénitale du méat. Ses complications. Ann. d. mal. d. org. etc. 1887, pag. 524.

Genouville, Meatotomie. V. Sess. d. l. soc. franç. d'urolog. Paris 1901.

Hottinger, Über erworbene Verengerung des Orif. ext. ureth. u. des vorderen Teils der Harnröhre. Centralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sex.-Org. VIII, Seite 525.

Otis, F. N., Contracted meatus urinarius as a cause of spasme at the neck of the bladder and hydronephrosis. N. Y. med. Rec. 1882, april 8.

Picqué, L., Abscès du tissu cellulaire, consécutif à un débridement du méat urinaire. Pyohémie probable. Progrès méd. 1884, No. 20.

Swinburne, Case of sclerotic narrowing of meatus. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1898, pag. 394.

Derselbe, Report of a case of sclerotic narrowing of the meatus. Ibid. 1899, pag. 301.

Tédenat, De l'artrésie du méat urinaire, son rôle pathologique. Ann. d. mal. d. org. etc. 1883.

Derselbe, Des rétrécissements du méat. Montp. méd. 1888, Nov.

X. Instrumente.

Brinton, J. H., On the use of Whalebones bougies in the treatment of urethral stricture. Philad. med. a. surg. Rep. 1887, Febr. 12.

Bulhoes, Un nouvel uréthrotome. Ann. d. mal. d. org. etc. 1895, pag. 1072.

Carpentieri, Un nuovo uretomo. Riv. clin. terap. Nap. 1889, XI, 403.

Distin Maddick, E., Stricture of the urethra; its diagnosis and treatment facilitated by the use of new and simple instruments. London 8° V, pag. 154, 1887.

Edwards, Lecture on bougies, their use and abuse. Brit. med. Journ. 1885, July 11.

Eldridge Stuart, The path finder, a new instrument for facilitating the diagnosis and treatment of strictures of small calibre. Amer. Journ. of med. Vol. LXXXI, pag. 194.

Feibes, Die Béniqué-Sonde. Ein Beitrag zur Therapie der Harnröhrenerkrankungen. Berlin. klin Wochenschr. Nr. 36, 1887.

Finger, Das Urethrometer u. seine Bedeutung für die Diagnose der beginnenden Striktur. Internat. klin. Rundschau 1890, Nr. 43.

Fleming, W. J., A modified form of urethrotome. Brit med. Journ. pag. 1393 u. Lancet 1887, pag. 833.

Foreau, Apparat zur graphischen Darstellung der Urethralstrikturen. Ill. Monatsber. f. ärztl. Polyt. 1893.

Fort, A new instrument for treatment of urethral stricture. Brit. med. Journ. 1889 I, pag. 367.

Gerster, A self-registering aseptic dilating urethrotome. N. Y. med. Journ. 1899 XLIX, 683.

Goldberg, Modifiziertes Maisonneuve-Urethrotom. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sex.-Org. XII, pag. 539.

Gregorio, Über eine neue Serie von Sonden zur Dilatation der Harnröhre. Rif. med. 1900, Nr. 51.

Hamonic, Quelques instruments nouveaux pour l'exploration méthodique des rétrécissements de l'urèthre. Le Progrès méd. 1894, No. 29.

Harrison, Dilatator of urethra. Brit. med. Journ. 1881, Dez. 31.

Harrison, Reg., filiform bougie. Lancet 1883, Feb. 3, pag. 199.

Hermaut, Emile, Quelques mots sur un nouvel instrument pour la dilatation forcée des rétrécissements de l'urèthre. Arch. méd. Belg. 1881.

Herschell, G., The urethrographe: an instrument for obtaining a diagram of the circumference of the urethra. Lancet, Juni 2, 1883.

Derselbe, A chart for recording urethral measurements. Lancet, Jan. 12, pag. 62. 1884.

Jardin, Uréthrotome fléxible à olive avec conducteur. Gaz. d. hôp. 1880, No. 139.

Derselbe, Uréthrotome électrique. Gaz. d. hôp. 1881, No. 39.

Ingianni, Über die Anwendung eines neuen Instrumentes für die externe Urethrotomie bei Perinealabscess nach chron. Urethritis u. veralteter Striktur. Centralbl. f. Chir. 1898, Nr. 15.

Keyes, Double taper steel sound. Journ. of cut. and gen.-urin dis. 1899, pag. 413.

Kollmann, Neuer aufschraubbare rHarnröhrendilatator mit 4 Branchen. Centralbl. f. d. K. d. Harn- u. Sex.-Org. V. Seite 352.

Derselbe, Intraurethrotom. Ibid. X, Seite 24.

Derselbe, Dreiteiliges dehnendes Intraurethrotom. VII. Kongr. d. deutsch. dermat. Ges. Breslau 1901.

Locquin, Bougie nouée en forme de rosette simple en arrière d'un rétrécissement. Lyon méd. 1886, No. 42.

Mac Munn, An urethral knife. Brit. med. Journ. 1895, July 6.

Nicolich, Modifikation am Urethrotom nach Maisonneuve. Monatsber. f. Urol. Bd. VI, H. 2.

Otis u. Nevell, New urethral dilatator. Journ. of cut. a. gen.-urin. dis. 1899, pag. 414.

Posteau, Note sur les bougies conductrices etc. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1900, No. 6.

Piccard, Des bougies et de leur usage. Progrès méd. No. 13. 1885.

Derselbe, Des sondes et de leur usage. Ibid. 1885, No. 26 u. 27.

Van der Poel, Janet's modified sound. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1898, pag. 291.

Rhodes, T. N., A description of a full set of pocket bougies, made of steele. Amer. med. News, Juli 10, 1886.

Rogers, A dilating bulbous urethrotome (and urethrometer). N. Y. med. Journ. 1888, Sept.

Rubin, A new urethrotome. Med. News 1900, Dec. 8.

Santi, Elektrolyseur Santi für harte Strikturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatotom. M. f. prakt. Dermat. 1896, H. 9.

Schüller, M., Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen: 2 neue einfache Instrumente zur Dilatation u. innerem Harnröhrenschnitt. Berl. klin. Wochenschr. 25. 1886.

Teevan, W. F., On the advantage of furnishing catheters and hollow sounds with closely-fitting bougies instead of wire stylets. Med. Press and Circ. 1881, Jan. 12.

Thomas, An improved urethrotome. N. Y. med. Rec. 1889, XXXVI 279.

Vajda, Über ein Urethro-Kalibromanometer u. dessen Anwendung. Wien. med. Wochenschr. 1901.

Voswinckel, Dilatationsverweilkatheter mit zurückziehbarer Leitsonde. Deutsch. med. Wochenschr. 1897, Nr. 14.

Walker, Neue urethrale Instrumente. III. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik. S. 37. 1887.

Walsham, W. J., A new form of dilatator for stricture of the urethra. Lancet, Dez. 20, pag. 1088.

Whitehead, A new instrument for the application of electricity in the treatment of stricture. Univ. m. Mag. Phil. 1889/90, II. 312.

Litteraturbericht.

I. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Zum klinischen Nachweis des Urobilins. Von Dr. Wilhelm Schlesinger. (Deutsche med. Wochenschr. 1903 Nr. 32.)

Der Nachweis des Urobilin nach Jaffé oder Neubauer und Vogel gelingt selbst bei hinreichender Menge dann nicht, wenn andere Farbstoffe vorhanden sind, die die Fluoreszenz und die Absorptionsstreifen verdecken. Statt der von den genannten Autoren benutzten alkoholischen Chlorzinklösung und des Ammoniaks verwendet Schlesinger eine 10% Lösung von Zinkacetat in absolutem Alkohol und bekam damit noch deutliche Fluoreszenz und die entsprechenden Absorptionsstreifen bei Verdünnungen von 2:100000. Der Harn wird mit einer gleichen Menge der Zinkazetatlösung versetzt und von dem entstehenden Niederschlag wird klar abfiltriert. Die Schärfe der Reaktion beruht darauf, dafs durch die alkoholische Zinkacetatlösung ein beträchtlicher Teil der Farbstoffe ausgefällt wird, die sonst die Reaktion zu stören geeignet sind. Die Probe ist auch für den Nachweis von Urobilin in Harnen geeignet, die mäfsige Mengen Bilirubin enthalten, ebenso mit einer entsprechenden Modifikation für den Nachweis des Urobilins in den Faeces. Ohne weiteres gelingt sie auch bei urobilinhaltigen serösen Flüssigkeiten. Zum Nachweis des Urobilins im Blutserum eignet sich die Probe nicht. Im frischen Blut stört die Anwesenheit der roten Blutkörperchen die Reaktion; übrigens fand Schl. in Übereinstimmung mit anderen Autoren auch, dafs Urobilin im Blut in gröfserer Menge nicht vorkommt.

Ludwig Manasse-Berlin.

Sur la réaction de Gmelin dans les milieux albumineux. Von Gilbert, Herrcher und Posternak. (Soc. de biol., 2. Mai 1903.)

Aus den Versuchen ergiebt sich, dafs Grün, Blau, Violett und Rot in albumenhaltigen Flüssigkeiten auf Zusatz von Acid. nitros. noch sichtbar ist bei einer Konzentration des Bilirubins von 1 : 3500. Bei einer Konzentration von 1 : 3500 bis 1 : 7000 sieht man nur einen blauen und grünen Ring, bei einer Konzentration von 1 : 7000 bis 1 : 11000 nur noch einen blauen Ring und einen schwachgrünen Schimmer. Unterhalb 1 : 40000 ist mit salpetriger Säure Bilirubin nicht mehr nachweisbar.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.



Notiz über den Harn des menschlichen Foetus. Von Th. Panzer. (Zeitschr. f. Heilkunde 1902, Bd. XXIII, H. 2.)

Verf. hatte Gelegenheit, in der Fötalperiode produzierten und nicht mit Fruchtwasser gemengten Urin zu untersuchen. Es fanden sich darin Spuren von koagulierbarem Eiweifs, sowie Allantoin. Zucker, Aceton, Indikan, Kreatinin waren nicht vorhanden. Dreysel-Leipzig.

Über die Natur der Körper im Urin, welche die Jodsäure reduzieren. Von E. Ringler. (Wien. med. Blätter 03, 16.)

R. fand, dafs es die Harnsäure ist, welche im Urin vor allem die Jodsäure reduziert. Andere Körper im Urin mit derselben Eigenschaft sind Alloxan, Alloxanthin und Guanidin. Die Oxydation der Harnsäure durch Jodsäure unter Freiwerden von elementarem Jod könnte als Grundlage für eine quantitative Bestimmungsmethode der Harnsäure dienen.
Hentschel-Dresden.

Action du sulfate de chaux chimiquement pur sur la phosphaturie. Von J. Etterlen. (Lyon médical 02, 39, p. 438.)

Gegen Phosphaturie empfiehlt E. chemisch reinen schwefelsauren Kalk 1,5—2,0 p. die in Kapseln oder mit gleichen Teilen kohlensaurer Magnesia gemischt oder in der Form des Mineralwassers von Contrexéville.
Hentschel-Dresden.

Über Phosphaturie. Von Soetbeer. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. LVI, S. 1.)

Es handelt sich bei dem von S. angeführten Falle um ein 6jähriges Mädchen, bei dem neben anfallsweise auftretenden Schmerzen Dickdarmkatarrh und eine starke, durch Phosphate bedingte, Trübung des Urines vorhanden waren. Wie Untersuchungen des Harnes und Kotes der Kranken und eines gesunden, gleichalterigen und gleichgenährten Kindes ergaben, handelte es sich um eine vermehrte Kalkausscheidung durch den Urin und eine entsprechend verminderte Ausscheidung durch den Kot. Dreysel-Leipzig.

The use of acid phosphate of sodium in alcalinity of the urine. Von R. Hutchinson. (Brit. Med. Journ. May 30, 1903.)

H. hat sich das saure phosphorsaure Natron sowohl für sich, als in Verbindung mit Urotropin bei alkalischem Urin als sehr wirksam erwiesen. Er giebt 6—8 Gramm pro die in häufigen kleinen Einzeldosen. von Hofmann-Wien.

On the occurrence of Ehrlichs Dimethylparamidobenzaldehyde reaction in the urine. Von C. E. Simon. (Amer. Journ. of Med. Scienc. Sept. 1903.)

S. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Diese Reaktion findet sich nicht unter normalen Verhältnissen.
2. Bei Tuberkulösen ist die Reaktion meist positiv.

3. Man findet die Reaktion auch bei Nichttuberkulösen, sowohl bei Fiebernden, als bei Nichtfiebernden.

4. Sie ist nicht durch den Körper bedingt, welcher Veranlassung zur Entstehung der Diazoreaktion giebt.

5. Für ihr Zustandekommen sind weder Temperatursteigerung, noch Verdauungsstörungen, noch Cyanose notwendig.

6. Allen Fällen gemeinsam scheint ein gesteigerter Eiweifszerfall zu sein.

S. verwendet eine 2 % Lösung von Dimethylparamidobenzaldehyd in gleichen Teilen Wasser und konzentrierter Salzsäure. Bei Zusatz einiger Tropfen dieser Lösung zu einem Reagensglas Urin verändert sich der normale Harn nur wenig. Bei positivem Ausfall der Reaktion nimmt der Urin nun dunkelrote Farbe an. von Hofmann-Wien.

Ehrlichs Diazoreaktion als diagnostisches Hilfsmittel. Von O. Pelzl. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31. 03.)

Eine positive Diazoreaktion ergab sich bei folgenden Krankheitsformen:

1. Bei Abdominaltyphus in sämtlichen 31 Fällen (Mitte der 1. bis Ende der 3. Woche).
2. Bei Masern: Vor der Eruption und während des Anfangsstadiums des Exanthems.
3. Bei Scharlachdiphtherie.
4. Bei vorgeschrittener Lungenphthisis und Tuberculosis serosarum.
5. Bei Septikämie. von Hofmann-Wien.

Sur la diazoréaction d'Ehrlich. Von E. Zunz. (Académie royale de Méd. de Belgique 1902, 27. Dez.)

Z. führt zunächst die wichtigeren über die Diazoreaktion in den letzten drei Jahren erschienenen Arbeiten an und berichtet dann über seine eigenen Untersuchungen. Er bedient sich statt der Ehrlichschen Lösungen des Paramido-aceto-Phenols nach der Formel von Friedenwald. Aus den Versuchen geht hervor, dafs die Diazoreaktion von Bedeutung ist bei der frühzeitigen Diagnose des Typhus und bei der Prognosenstellung der Tuberkulose. Dreysel-Leipzig.

Zur Harndesinfektion. Von E. Impens. (Monatsber. f. Urol. 03, VIII. Bd., 5. H.)

Die Anhydromethylenzitronensäure liefert mit einem Molekül des Hexamethylentetramins (Urotropin) ein Additionsprodukt, das Helmitol. Wie aus den mitgeteilten Versuchen hervorgeht, zeigt der Harn, der nach Darreichung von 2 g Helmitol in den folgenden 6 Stunden sezerniert wird, gärungswidrige Eigenschaften. Die entsprechende Urotropindosis (0,85) bewirkt dies nur bei dem Harn der folgenden ersten Stunde. Helmitol setzt ferner die Acidität des Harns nicht herab; wegen der geringeren Dosis ist es schonender für die Harnwege. Es stellt demnach ein Urotropin dar, dessen harnantiseptische Wirkung durch die Anhydromethylenzitronensäure vorteilhaft verstärkt ist. Hentschel-Dresden.

Bence-Jones Albumosuria, with report of three cases. Von J. M. Anders und L. N. Boston. (Lancet 1903, 10. Jan.)

Verff. berichten über drei Fälle, bei denen eine Bence-Jonessche Albumosurie vorhanden war. Sie bemerken hierzu, dafs diese Art der Albumose nahe verwandt mit Pepton, Globin, Histon sei, sich aber doch durch gewisse Merkmale von diesen unterscheide. Die Bence-Jonessche Albumose ist ein normaler Bestandteil der Samenflüssigkeit, bei Myelom des Knochenmarkes bildet sie mitunter einen abnormen Bestandteil des Urins. In zweifelhaften Fällen kann der Nachweis dieses Körpers von grofsem diagnostischen Werte sein. Konstantes Vorhandensein der Albumose im Urin ist gewöhnlich von schlechter Vorbedeutung. Plötzliches Schwinden nach vorherigem längerem Vorhandensein zeigt Gefahr und den voraussichtlich bald eintretenden Exitus an. Dreysel-Leipzig.

Bence Jones albumosuria with peculiar nervous phenomena. Von L. N. Boston. (Amer. Journ. of Med. Scienc. April 1903.)

Der 50jährigen Patientin war vor 4 Jahren ein Carc. mammae operiert worden. Seither kein Recidiv. Seit mehreren Jahren bestehen neuralgische Schmerzen im Rücken und Becken, später auch in der linken Schulter, der linken Hüfte, dem linken Bein und Fufs, verbunden mit anästhetischen Erscheinungen. In den letzten Jahren ist die Patientin stark abgemagert. Im Urin konnte zu wiederholten Malen, aber nicht konstant der Bence-Jonessche Eiweifskörper nachgewiesen werden.

von Hofmann-Wien.

Ein Fall von Pentosurie. Von Privatdozent Dr. Bendix in Göttingen. (Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 36.)

Den bisher in der Literatur bekannten 12 Fällen von Pentosurie reiht sich der Fall B. als typischer Repräsentant dieser ebenso seltenen wie interessanten Stoffwechselanomalie an, und zwar handelte es sich hier um jene von der Ernährung völlig unabhängige Form chronischer Pentosurie, bei welcher die Verwertung anderer Zuckerarten eine durchaus normale ist. Die Gärungsprobe fiel negativ aus, der Harn war optisch inaktiv, dagegen war die Trommersche Probe positiv: der Farbenumschlag und die Oxydulabscheidung erfolgte nicht sogleich beim Kochen, sondern erst beim Erkalten und zwar ganz plötzlich und sprungweise durch die ganze Flüssigkeitssäule. Das Osazon, nach Salkowski dargestellt, zeigte die für Pentosazone charakteristischen Eigenschaften: Schmelzpunkt 155° Löslichkeit in heifsem Wasser, bei der Elementaranalyse einen N-Gehalt von ca. 17%. Irgendwelche ätiologische Momente zu eruieren, gelang nicht, und B. ist geneigt, seinen Fall der essentiellen Pentosurie, bezw. der Pentosurie ohne nachweisbare Ursache zuzuzählen.

Jesionek-München.

De l'albuminurie dyspeptique. Von Van den Broek. (Anvers méd. 1902, 30. Nov.)

Eine Albuminurie tritt im Verlaufe einer Dyspepsie nicht selten

auf, bleibt aber häufig unentdeckt. Kranke mit dyspeptischen Beschwerden sollten darum immer auf Albuminurie untersucht werden. Im nüchternen Zustande und am Morgen ist der Urin bei dieser Form der Albuminurie bisweilen eiweifsfrei; starke Bewegung vermehrt den Eiweifsgehalt. Die Diät hat einen grofsen Einflufs. Bei allen von B. beobachteten Fällen bestanden weder Ödeme, noch waren Cylinder vorhanden.

Dreysel-Leipzig.

Weitere Untersuchungen über alimentäre Albuminurie. Von Ascoli und Bonfanti. (Aus dem Institut für spezielle Pathologie zu Pavia.) (Münch. med. Woch. 1903. Nr. 41.)

Die Verfasser gelangen zu folgenden Schlufsfolgerungen: Nach Genufs gebratenen Rindfleisches gehen beim Menschen praezipitable d. i. durch die biologische Reaktion erkennbare Anteile desselben in die Säfte über. Bei gesunden Individuen, in denen es dabei zu alimentärer Albuminurie kommt, wird ein Teil jener eiweifsartigen Komplexe durch die Nieren ausgeschieden, wobei dieselben auch für die Eiweifskörper des Blutes durchgängig werden. Auch bei Nierenkranken findet ein Übergang jener resorbierten praezipitablen Gruppen in den Harn sehr oft, aber nicht immer statt. In anderen Fällen kann bei der Resorption von praezipitablen Bestandteilen des Rindfleisches der Gehalt des Serums an ähnlichen präzexistierenden Komplexen verringert sein, und dabei auch eine bestehende geringfügige biologisch und chemisch nachweisbare Albuminurie abnehmen und verschwinden. In dieser „alimentären Albuminuriesistierung“ könnte man einen Widerhall der durch die Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel bedingten auf biologisch-chemischem Wege nachweisbaren Änderungen der Zusammensetzung des Blutserums erblicken.

Jesionek-München.

Die physiologische Albuminurie. Von Rapp. (Deutsche militärärztl. Ztschr. B. 1.)

Verf. machte bei zahlreichen Untersuchungen folgende Beobachtungen: Die physiologische Albuminurie ist in der Regel intermittierend. Aufrechte Körperstellung und Muskelanstrengungen sind ein begünstigendes Moment (11 % Albuminuriker nach Ruhe, 28 % nach Turnen), desgleichen psychische Affekte und geistige Anstrengungen. Über den Einflufs der Nahrung und kalter Bäder konnten keine besonderen Wahrnehmungen gemacht werden.

Hentschel-Dresden.

Beitrag zur Lehre von der Chylurie. Von R. Waldvogel und A. Bickel. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. LXXIV, S. 5 u. 6.)

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um eine 39 jährige Frau, die seit $^1/_2$ Jahr, besonders nachts, trüben Urin entleerte. Die Trübung wurde durch sehr fein verteilte Fettbeimengungen hervorgerufen. Im fetthaltigen Urin fand sich nur bisweilen, im fettfreien des öfteren Eiweifs, jedoch nie Cylinder oder Nierenepithelien. Durch reichlichen Buttergenufs wurde der Fettgehalt des Harnes auf das 5 fache gesteigert, durch Auf-

nahme von Hammeltalg aber nicht beeinflufst. Auf den Fettgehalt des Blutes hatte eine fettreiche Kost keinen Einflufs. Verff. glauben, dafs ätiologisch bei dem Falle ein abnormer Gehalt des Blutes an Chylusbestandteilen eine Rolle spiele. Dreysel-Leipzig.

The incidence of alkaptonuria. Von A. E. Garrod. Lancet 1902, 13. Dez.)

Nach G. ist die Alkaptonurie nicht als Krankheit, sondern als Stoffwechselanomalie aufzufassen. Die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle beträgt 40, darunter sind 29 Männer. Homogentisinsäure wurde innerhalb 24 Stunden bei den verschiedenen Fällen in Mengen von 2.6—5.9 g nachgewiesen. Familiäres Vorkommen liefs sich wiederholt feststellen. Auch konnte nachgewiesen werden, dafs Kranke mit A. nicht selten aus Verwandtschaftsehen hervorgegangen waren. Direkte hereditäre Übertragung war einmal zu konstatieren. Dreysel-Leipzig.

Variations de l'albumine, de l'acide urique, de l'acidité totale des urines dans les albuminuries permanentes et inconstantes. Von G. Daremberg und F. Moricz. (Revue de Méd. 1902, pag. 797.)

Nach den Untersuchungen der Verff. tritt bei allen Albuminurien ein Minimum oder völliges Verschwinden und ein Maximum ein. Das letztere zeigt sich zwischen 12 und 5 h. mittags. Die Fälle mit morgendlichem Verschwinden der Albuminurie werden durch die Diät beeinflufst. Von Medikamenten sind bei diesen Alkalien besonders wirksam; bei den anderen Formen ist Arsen angezeigt. Massage ist bei beiden Formen schädlich. Harnsäuremengen, Gesamtacidität und Eiweifsmenge stehen bei den intermittierenden Albuminurien bald im direkten, bald im umgekehrten Verhältnis. Die Differenzen in der Harnsäureausscheidung und der Gesamtacidität sind bei diesen viel gröfser als bei Gesunden. Dreysel-Leipzig.

Die Acidität des Harns vom Standpunkte der Ionenlehre. Von R. Höber. (Beiträge z. chem. Physiol. u. Pathol. 03, Bd. III, H. 12.)

Der Begriff der Acidität des Harns kann zweierlei bedeuten: entweder die Menge von dissociiertem und undissociiertem Wasserstoff pro Liter, die an Hydroxyl gebunden werden mufs, damit der Harn neutral wird, oder nur die Konzentration des dissociierten Wasserstoffes. Titrations- und Ionenacidität können voneinander unabhängig sein, so dafs für die Beurteilung von besonderen Sekretionszuständen der Nieren oder eigentümlichen Verhältnissen im Stoffwechsel jede der beiden Methoden gleichen Wert haben kann. Hentschel-Dresden.

Zur Kenntnis des Harnsäurestoffwechsels und des Harnindikans bei Gichtkranken. Von Dr. J. Grossmann-Bukarest. (Berl. klin. Wochenschr. 03, Nr. 26.)

Bei der Feststellung der ziemlich allgemein angenommenen Ansicht, dafs sich die Harnsäureausscheidung der Gichtkranken aufserhalb der

Anfälle nur wenig von derjenigen bei Gesunden unterscheide, ist nach Ansicht des Verf. die Art der Nahrungszufuhr zu wenig berücksichtigt worden, insbesondere was den Gehalt derselben an Purinkörpern anbetrifft, andererseits haben zahlreiche Studien über die Harnsäureausscheidung der Gesunden bei purinfreier Diät ziemlich übereinstimmend eine gewisse Konstanz der endogenen Harnsäurebildung bei demselben Individuum festgestellt. Verf. hat nun an der Senatorschen Klinik in Berlin an drei Gichtkranken Untersuchungen über die Harnsäureausscheidung bei purinfreier Nahrung vorgenommen, die deshalb ein gewisses Interesse verdienen, weil der Stoffwechsel der Zellkerne nach Ansicht mancher Autoren in der Pathogenese der Gicht eine erhebliche Bedeutung hat. Die Untersuchungen ergaben, dafs die Zahlen für die Werte der Harnsäureausscheidung bei den drei Gichtkranken nicht nur nicht gröfser, sondern häufig sogar geringer waren, als die bei Gesunden beobachteten Werte. Was die Indikanausscheidung anbetrifft, die von verschiedenen Seiten bei Gichtkranken als vermehrt angegeben wird, so fand Verf. bei einem Patienten eine geringe, bei dem zweiten eine deutliche Vermehrung des Indikangehalts, jedoch nur im Anfange des Versuchs, nicht aber in der Zeit der purinfreien Diät; der hohe Indikangehalt scheint also eine Folge alimentärer Momente zu sein. Paul Cohn-Berlin.

Der Einflufs der Emser Quellen auf die Harnsäureausscheidung des Menschen. Von Laqueur-Bad Ems. (Berl. klin. Wochenschr. 03, Nr. 26.)

Mit Rücksicht auf die Thatsache, dafs die Emser Quellen früher viel von Gichtkranken aufgesucht wurden und auch in neuerer Zeit von Grossmann, Ibell und Aronsohn die harnsäurelösende Eigenschaft derselben festgestellt ist, hat Verf. den Einflufs des Emser Wassers zunächst auf die Harnsäureausscheidung normaler Menschen untersucht und eine deutliche und, von unbedeutenden Schwankungen abgesehen, konstant zunehmende Verringerung der in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnsäuremenge, sowie des prozentualen Gehalts des Urins an Harnsäure konstatiert. Zur Anwendung gelangte die relativ lithionarme Krähnchenquelle, da nach Ansicht des Verf. das Lithionkarbonat keine gröfsere Wirkung entfaltet, als die anderen kohlensauren und schwefelsauren Alkalien. Merkwürdig war das entgegengesetzte Resultat, das Verf. mit dem künstlichen Emser Brunnen erzielte, indem hierbei die Harnsäureausscheidung erheblich vermehrt war. Paul Cohn-Berlin.

Résultats obtenus dans le traitement de la diathèse urique avec la quinoformine. Von G. Bardet. (Soc. de thérapeut., 24. Juni 1903.)

Chinoformin ist eine Verbindung der Chinasäure mit Formin oder, wie die synthetische Formel lautet, Hexamethylentetramin (Urotropin), die auf Veranlassung von B. von Adrian und Trillat dargestellt wurde. Das Präparat wirkt angeblich glänzend bei harnsaurer Diathese, speziell bei Nierenkoliken infolge von Nierensteinen. Man giebt es in Dosen von 2—4 g täglich, doch kann man, um eine sehr kräftige Wirkung zu erzielen, bis zu 6 g pro die gehen. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Fall von harnsaurer Diathese bei einem 15jährigen Mädchen stellte Heubner in der Gesellschaft der Charitéärzte am 11. Juni 1903 (vgl. Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 33. Vereinsb.) vor. Die Patientin bekam unter allgemeinen Krankheitserscheinungen Schmerzen in der linken Seite, bald darauf trat unter Blutung ein massenhaftes Harnsäuresediment im Urin auf. Nach dem Abklingen dieser Krankheitssymptome fand man im Urin noch 0,78 g Harnsäure in 24 Stunden bei fast völliger Hungerdiät, der Harn enthielt aufserdem viel Aceton. Bald darauf ging die Harnsäureausscheidung wieder herab.

Ludwig Manasse-Berlin.

L'épreuve de la phloridzine chez les femmes albuminuriques. Von Bar und Daunay (Soc. d'obstétr. de Paris, 28. Mai 1903.)

Bei 4 schwangeren Frauen, die aufser Albuminurie keine weiteren pathologischen Erscheinungen hatten, war die Zuckerausscheidung nach Injektion von 0,01 g Phloridzin normal oder etwas vermehrt, während sie bei anderen Schwangeren, welche noch weitere Intoxikationserscheinungen darboten, überhaupt nicht stattfand. Von 2 Eklamptischen bekam eine auf Phloridzininjektion sehr bald eine Glykosurie, während sie bei der anderen ausblieb.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Experimentelle Untersuchungen über Kohlehydratsäuren. Von Paul Mayer-Berlin (Karlsbad). Aus dem chem. Laboratorium des patholog. Institutes in Berlin. (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 47, Heft 1 u. 2.)

Die vorliegende Arbeit ist die ausführlichere Darstellung eines bereits auf dem Kongrefs für innere Medizin 1901 mitgeteilten Vortrages. Es genüge hier, die Schlufsfolgerungen aufzuzählen. 1. Die Glukuronsäure ist ein normaler Bestandteil des Blutes.

2. Der Traubenzucker wird im Tierkörper zum Teile über Glukuronsäure und Oxalsäure zu CO_2 und H_2O verbrannt; hierbei wird der Zucker ohne vorhergehende Spaltung des Moleküls direkt oxydiert.

3. Eine vermehrte Glukuronsäure-Ausscheidung ist ungleich häufiger, als bisher angenommen wurde, und dürfte in vielen Fällen als Ausdruck einer unvollkommenen Oxydation des Traubenzuckers aufzufassen sein (z. B. bei dyspnoischen Zuständen, in denen es bei Tieren bis zur Zuckerausscheidung kommt).

4. Eine unvollkommene Oxydation der Kohlehydrate ist insbesondere experimentell bewiesen durch den Übergang der Glukuronsäure ($COOH-(COOH)_4-CH_2OH$) in Zuckersäure ($COOH-(CHOH)_4-COOH$).

G. Zuelzer-Berlin.

Über eine neue Methode quantitativer Bestimmung von Zucker im Harn. Von Dr. Emil C. Behrendt in Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 35.)

Bei Untersuchungen diabetischer Harne, die geringe, aber noch nachweisbare Spuren organischer Eisenverbindungen enthielten, erwies sich die Titriermethode nach Fehling zur Bestimmung des Zucker-

gehaltes als ungeeignet. Verf. wählte als Titrierflüssigkeit deshalb das Nylandersche Reagens in einer bestimmten Zusammensetzung (vgl. das Original), sie soll für die Zuckerbestimmung diabetischer Harne, gleichgültig, ob sie Eisen enthalten oder nicht, verwertbar sein.

Vergleichende Untersuchungen mit Fehling ergaben aber Abweichungen bis zu 0,34%. Mögen diese Abweichungen durch ausfallende Phosphate oder etwas anderes bedingt sein, sie sind so grofs, dafs die Methode für die Praxis jedenfalls vorläufig nicht zu gebrauchen ist, um so mehr, als sie viel zeitraubender und komplizierter ist, als die Gärungsprobe. Ludwig Manasse-Berlin.

Über Acetonurie bei Typhus abdominalis. Von R. Bernert. (Zeitschr. f. Heilk. Bd. XXIII, H. 2.)

Verf. hat unter 94 Fällen von Typhus 11 mal eine Acetonurie gefunden und zwar z. T. noch nach Ablauf des Fiebers. B. glaubt, dafs die Acetonurie eine Folge der Unterernährung sei, denn nach Nahrungsaufnahme sank der Gehalt an Aceton sofort. Allerdings ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Unterernährung nicht das ausschliefsliche ätiologische Moment für die Acetonurie. Dreysel-Leipzig.

Über Acetonurie. Von Th. R. Offer. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 33. 03.)

Aus den Selbstversuchen des Verfassers scheint hervorzugehen, dafs die Acetonurie nicht nur von der Zufuhr wechselnder Mengen freie Fettsäuren enthaltenden Fettes abhängig ist, sondern dafs aufser der Abstinenz von Kohlehydraten die Unterernährung zu den wichtigsten Faktoren für ihr Zustandekommen gehört. von Hofmann-Wien.

Zur Frage der Glukuronsäure-Ausscheidung. Von Bial und Huber. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 18.)

Die Arbeit polemisiert gegen P. Mayers Publikationen über die Glukuronsäureausscheidung im Harn, insbesondere gegen diejenige in Nr. 13 der „Berlin. Klin. Wochenschr." erschienene und hier referierte; während M. behauptet, dafs der verstärkte Übertritt gepaarter Glukuronsäure in den Urin das Zeichen einer Schwächung der Oxydationskraft des Organismus, ein Beweis dafür sei, dafs letzterer nicht mehr die Kraft habe, Zucker bis zum Ende, Co_2, zu verbrennen, sondern nur bis zur Zwischenstufe, der Glukuronsäure; dafs es ihm ferner gelungen sei, in einer Reihe von pathologischen Fällen die Glukuronsäurevermehrung mittelst der Orcin- und der Phenylhydrazinprobe zu konstatieren, weisen B. u. H. auf die verschiedene Spaltbarkeit verschiedener gepaarter Glukuronsäuren und auf die daraus resultierende Schwierigkeit, überhaupt eine objektive Vermehrung der Glukuronsäure im Harn festzustellen, hin. Verff. resümieren sich dahin, dafs Mayers Verfahren der Urinuntersuchung nicht geeignet sei, Glukuronsäurevermehrung sicherzustellen, dafs ferner seine Versuche, der Glukuronsäureausscheidung klinische Bedeutung als Diagnostikum der oxydativen Kraft des Orga-

nismus zuzuschreiben, weder durch seine noch durch Experimente anderer bewiesen seien, dafs endlich die Höhe der Glukuronsäureausscheidung eine von schwer übersehbaren Zufälligkeiten abhängige Erscheinung sei.

Paul Cohn-Berlin.

Zur Frage der Glukuronsäure-Ausscheidung. Von P. Mayer. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 22.)

Fortsetzung der Polemik in Nr. 18 d. Berl. Klin. Wochenschr. zwischen dem Verf. einerseits und Bial und Huber andererseits. M. weist die Kritik der letzteren zurück und verteidigt seinen in den früheren Arbeiten eingenommenen Standpunkt. Paul Cohn-Berlin.

Zur Frage der alimentären Lävulosurie. Von cand. med. Georg Landsberg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903 Nr. 32.)

Der Verfasser prüfte die Angaben einer Reihe von Forschern und besonders die von Straufs (Deutsch. med. Wochenschr. 1901 Nr. 44 und 45) über die Beziehungen der Lävulosurie zu Leberkrankheiten nach. Straufs hatte bei seinen Untersuchungen gefunden, dafs 90 % seiner Leberkranken Lävulose wieder ausschieden, während bei Gesunden dies nur in 10 % der Fälle geschah. Die Resultate von Landsberg sind auffallend abweichend, in 21 Untersuchungen bei Leberkranken trat die Lävuloseausscheidung nur 9 mal, d. h. in 43 % der Fälle auf, aber auch bei 7 Gesunden trat viermal Lävulose im Harn auf. Die Differenz in dem Ausfalle der Probe sucht Verf. in dem verschiedenen Material, das zur Untersuchung kam; er vermutet, dafs Straufs schon vorgeschrittene Fälle untersucht habe, bei denen es bereits zur Bildung eines Kollateralkreislaufes gekommen war, so dafs der Übergang der Lävulose ins Blut mit Umgehung der Leber erfolgen konnte, während bei seinen eigenen Untersuchungen meist frische Erkrankungsfälle zur Beobachtung herangezogen wurden. Ludwig Manasse-Berlin.

Über spontane Lävulosurie. Von H. Rosin und L. Laband. (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XLVII, S. 182.)

Aus den Untersuchungen der Verff. geht hervor, dafs diabetischer Harn bisweilen bedeutende Mengen Fruchtzucker enthält. Derselbe liefs sich auch im Blutserum auffinden. Ein Fall wird von Verff. ausführlich besprochen; bei diesem war die Lävuloseausscheidung viel gröfser als die Dextroseausscheidung, so dafs also eine wirkliche Lävulosurie bestand. Fruchtzucker bewirkte bei diesem Kranken keine Vermehrung der Lävuloseausscheidung. Von besonderem Interesse ist noch die Thatsache, dafs bei diesem Falle Fruchtzucker noch im Blute nachweisbar war, als er aus dem Urin bereits geschwunden war. Dreysel-Leipzig.

On adrenalin glycosuria and certain relations between the adrenal glands and carbohydrate metabolism. Von C. A. Herter und A. J. Wakeman. (Am. Journ. of Med. Scienc. Jan. 1903.)

Der Grad und die Dauer der Adrenalinglykosurie hängt zum

Teil von der Art der Anwendung, zum Teil von der Gröfse der Dosis ab. Subkutane Injektionen sind weniger wirksam als intravenöse oder intraperitoneale. Direkte Applikation auf die Oberfläche des Pankreas bewirkt beträchtliche Zuckerausscheidung, selbst wenn die Menge des verwendeten Adrenalins eine geringe war. Die verhältnismäfsig geringstgradige Glykosurie tritt bei interner Anwendung des Adrenalin ein. Die Frage, ob die Glykosurie durch gesteigerten Glykogenumsatz in der Leber oder durch mangelhafte Verbrennung des Zuckers entsteht, ist noch nicht entschieden, doch sprechen viele Momente für die erste Annahme. Durch Kompression der Nebennieren läfst sich bei Hunden vorübergehend Glykosurie erzeugen. Die Ligatur der Gefäfse, respektive die Exstirpation der Nebennieren hat keine einheitlichen Resultate ergeben, doch weisen sie jedenfalls auf nähere Beziehungen zwischen Nebenniere und Kohlehydratumsatz hin. von Hofmann-Wien.

On the frequency of alimentary glycosuria in the children of diabetic persons. Von A. Lorand. (The Practitioner. Oct. 1903.)

L. hat unter 10 Kindern von Diabetikern bei 8 alimentäre Glykosurie gefunden. Er ist der Ansicht, dafs alle derartigen Personen Kandidaten für Diabetes seien. Allerdings müfste derselbe nicht in jedem Falle zum Ausbruch kommen. Infolgedessen sollten in dieser Weise belastete Personen eine entsprechende Diät beobachten und besonders mit der Zufuhr von Zucker und Amylaceis vorsichtig sein.

von Hofmann-Wien.

Über das Auftreten und die Ursache von Glykosurie, Albuminurie, Cylindrurie nach schweren Schädelverletzungen. Von Borchard. (Wiener med. Blätter, 03, 2.)

In 2 Fällen von Schädelbasisfrakturen traten im Urin Zucker, Albumen, rote Blutkörperchen und granulierte Cylinder auf, Symptome, die auf eine Schädigung der Nieren hinwiesen, hervorgerufen durch die infolge der Verletzung eingetretenen Circulationsstörungen.

Hentschel-Dresden.

Zur Frage des gleichzeitigen Auftretens von Fruchtzucker und Traubenzucker im Harn. Von Dr. Lion. (Aus der med. Klinik zu Würzburg.) (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 26.)

Der Harn eines jungen Küfers erwies sich durch die Trommersche, Nylandersche Reaktion und durch die Gärungsprobe als zuckerhaltig, im polarisierten Licht aber war ein Drehungsvermögen nicht vorhanden. Per exclusionem konnte man von vornherein an eine gleichzeitige Ausscheidung von Dextrose und Lävulose denken; jedenfalls mufste die Ablenkung des polarisierten Lichtes nach rechts durch eine linksdrehende Substanz aufgehoben sein. Auf experimentellem Wege ergab sich, dafs Patient auf Dextrose eine Dextrosurie, auf Lävulose eine Lävulosurie bekam, dafs er eine ausgesprochene Intoleranz gegenüber der Lävulose besafs, und dafs durch gleichzeitige Verabreichung beider Sub-

stanzen optische Inaktivität des Harnes sich erzielen liefs. Als praktische Nutzanwendung ergiebt sich aus den Beobachtungen und Ausführungen L.s, dafs die Polarisation allein für die Bestimmung des Zuckergehaltes nicht mafsgebend sein kann, und andererseits, dafs der Zuführung von Fruchtzucker, welchen man bisher den Diabetikern anstandslos geben zu können glaubte, stets eine Prüfung der Toleranz des Patienten gegen dieses Kohlehydrat vorauszugehen hat.

Jesionek-München.

Ist die Zerstörung des Zuckers nach Pankreasexstirpation vollständig aufgehoben? Von Privatdozent Dr. Lüthje. Aus der med. Klinik in Tübingen. (Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 36.)

Um dieser Frage näher treten zu können, mufste in erster Linie die operative Entfernung des Pankreas in einer Weise vorgenommen werden, dafs an der Totalität der Exstirpation nicht mehr gezweifelt werden konnte. L. hatte nämlich gefunden, dafs, wenn die „Totalexstirpation“ des Pankreas beim Hunde in der gewöhnlichen Weise gemacht worden war, und man dann das ganze Duodenum mit den benachbarten Peritonealblättern und dem Mesenterium mikroskopisch untersuchte, noch mikroskopische Reste gut erhaltenen Pankreasparenchyms vorhanden waren, obwohl man bei der Operation geglaubt hatte, sicher sein zu können, dafs alles entfernt worden sei. Damit diese Fehlerquelle vermieden werde, wurde zugleich mit dem Pankreas das gesamte Duodenum herausgenommen, und da fand sich nun, dafs auch der vollständig pankreaslose Hund die Fähigkeit des Zuckerverbrauches nicht völlig verlor. Denn es war gelungen, den pankreaslosen Hund hungernd so lange am Leben zu erhalten, bis die Zuckerausscheidung im Harne aufgehört hatte, und dann den Nachweis zu liefern, dafs das Blut noch zuckerhaltig war. Die Frage, wie dieser partielle Zuckerverbrauch zu erklären sei, mufs wohl dahin beantwortet werden, dafs noch andere Organe als das Pankreas an der Zersetzung des Zuckermoleküls beteiligt sind, und zwar wäre das in verschiedener Weise denkbar. Auf Grund seiner Beobachtungen am hungernden Hunde ist L. geneigt, anzunehmen, dafs der aus dem Zelleiweifs stammende Zucker andere Zersetzungsbedingungen habe als das mit der Nahrung zugeführte Eiweifs. Es würde mit dieser Annahme ein Licht geworfen werden auf die Abhängigkeit der Intensität des Diabetes von dem jeweiligen Ernährungszustande des operierten Tieres, und man würde verstehen können, warum schon die geringste Zufuhr von fremdem Eiweifs beim pankreaslosen Hunde, der durch Hungern zuckerfrei geworden ist, sofort wieder Zucker im Harn auftreten läfst.

Jesionek-München.

Elektrisches Element zur medizinischen Beleuchtung.

Von

Dr. **Léon Imbert,**

Professeur-agrégé an der medizinischen Fakultät in Montpellier.

Die Apparate, deren man sich bedient, um das Endoskop zu beleuchten, sind entweder elektrische Elemente oder Akkumulatoren. In dem Sprechzimmer benutzt man gewöhnlich die ersteren; mufs aber ein Transport zum Kranken erfolgen, dann greifen wir zu den letzteren. Nun bieten aber die Akkumulatoren nicht nur mancherlei Übelstände, sondern sie verlangen auch fortgesetzt eine äufserst sorgfältige Pflege.

Zunächst mufs ihre Ladung häufig erneuert werden, und da hierbei gewisse Vorsichtsmassregeln zu beobachten sind, auf welche ich heute nicht näher eingehen will, ist es notwendig, diese Arbeit durch einen Elektrotechniker ausführen zu lassen. Aufserdem sind diese Apparate schwer und zerbrechlich, und wenn wir ihnen nicht fortwährend die erforderliche sorgfältige Behandlung zuteil werden lassen, verderben sie sehr bald.

Diese Übelstände brachten mich auf den Gedanken, die Akkumulatoren durch kleine Elemente zu ersetzen. Der Zweck, den ich dabei verfolgte, war hauptsächlich, mir einen leichter zu befördernden Elektrizität erzeugenden Apparat herzustellen. Derjenige, den ich den Lesern dieser Zeitschrift hiermit vorführe, scheint mir alle dazu erforderlichen Bedingungen zu erfüllen.

Dieser Apparat besteht aus einem Kistchen, dessen Dimensionen nicht gröfser sind als diejenigen eines Thermo-Cautère Paquelin, und in welchem sich 12 kleine Elemente, sowie ein Rheostat befinden. Das Gesamtgewicht übersteigt nicht $2^1/_2$ Kilogramm. Er liefert einen Strom, dessen Stärke bei einer Spannung von 15 Volt ein Ampere übersteigt und vollauf genügt, um die Lampe des Endoskops in genügendem Glühzustand zu erhalten.

Die den Akkumulatoren gegenüber von ihm gebotenen Vorteile sind zahlreich.

Er ist sehr leicht zu befördern, da sein Gewicht geringer ist, als selbst dasjenige des leichtesten Akkumulators; dabei ist er äufserst kräftig gebaut und erträgt vorzüglich den Transport. Das Modell, welches ich zuerst herstellen liefs, und das natürlich noch etwas primitiv war, hat die Reise von Montpellier nach Madrid und zurück ertragen, ohne auch nur den geringsten Schaden dabei zu leiden. Ich bediene mich desselben noch ganz wie vorher; es versagte mir bis heute nie den Dienst und ist stets sofort bereit zu funktionieren. Aufserdem ist noch zu bemerken, dafs der Apparat absolut wasserdicht ist.

Das sind die Vorzüge des Apparates; aber ich mufs nun doch auch einen ihm anhängenden Übelstand erwähnen, den er mit allen elektrischen Elementen gemein hat. Während ein Akkumulator, wenn er in gutem Zustande ist, mehrere Stunden hindurch einen beständigen Strom liefert, wird bei meinen Elementen, da sie sich langsam polarisieren, die Intensität des letzteren nach und nach geringer. Diese Abschwächung geht jedoch nur sehr langsam vor sich, und da es genügt, die Elemente ein wenig ausruhen zu lassen, um ihnen ihre ursprüngliche Stärke wiederzugeben, so ist dieser Umstand gerade nicht von grofsem Belang; doch könnte sich eine unangenehme Störung daraus ergeben, wenn man z. B. gleich nacheinander mehrere Untersuchungen mit dem Endoskop vornehmen wollte. Um dies zu vermeiden, habe ich einen Apparat konstruieren lassen, der 15 Volt gibt; dadurch befindet man sich über der für gewöhnlich erforderlichen Stromstärke, und da das vorhandene Rheostat sehr stark ist, braucht man bloss mit diesem von Zeit zu Zeit zu manövrieren, um fortwährend eine genügende Beleuchtung zur Verfügung zu haben, die gestattet, jede beliebige Anzahl von Untersuchungen unmittelbar nacheinander vorzunehmen.

Ohne fremde äufsere Einwirkung nützt sich der Apparat weder plötzlich ab, noch verliert er seine Elektrizität, wie das bei den Akkumulatoren oft geschieht; er ist daher immer bereit zu funktionieren. Nur müssen seine Elemente von Zeit zu Zeit neu geladen werden; eine genau bestimmte Frist für die Dauer einer Ladung kann ich nicht angeben. Mit dem Modell, dessen ich mich bediene, und das nur 9 Elemente enthält, habe ich mindestens schon 50 cystoskopische und uretroskopische Untersuchungen vorgenommen, und es funktioniert immer noch vollkommen tadellos.

Die Auswechselung der verbrauchten Elemente ist aufserordentlich leicht, und da sich dieselben nur abnützen, solange sie in Tätigkeit sind, ist es gut möglich, Ersatzelemente zur Verfügung zu haben, so dafs man niemals der Gefahr ausgesetzt ist, unerwartet plötzlich durch Mangel an Beleuchtung überrascht zu werden.

Schliefslich noch eine Bemerkung von nicht geringer Bedeutung. Der Preis der Elemente ist weit niedriger, als der eines Akkumulators von gleicher Stromstärke, und ihre nach einigen Monaten vorzunehmende Ersetzung ist nicht teurer, als die fortwährenden Neuladungen, die bei dem letzteren notwendig sind.

Die Entwicklung der Urologie

in Wildungen 1853—1903 nach Krankenberichten aus der Praxis des Sanitätsrat Dr. Rörig und der Dr. Dr. Rörig,

Vortrag, gehalten auf der 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Kassel, Abteilung für innere Medizin.

Von

Dr. **Rörig** II (**Reinhard**), Wildungen.

M. H., Wildungen, früher ein Badeort von geringer Bedeutung, dessen Quellen, wie Dr. Ovelguen, Fürstlich Waldeckscher Hof- und Brunnenmedikus, 1725 in seinem Entwurf der uralten Wildungischen Mineralwasser sagt, Gesundheit und Heilung bringen sollten den Magen-, Darm-, Lungen-, Leber-, Unterleibs-, Hautkranken, Leiden, die u. E. jedes Wasser ebensogut wie das Wildunger beeinflufst, verdankt sein Emporblühen seinem berechtigten Rufe nur als Bad für Harnkranke.

Bis zum Jahre 1853 bestand die Behandlung in der Verordnung von Bädern und innerlichem Gebrauch des Mineralwassers.

Die seit langer Zeit bestehenden unumstöfslichen Regeln für einen guten Kurerfolg waren zu dieser Zeit folgende:

Vor Beginn der Kur hat der Kranke einige Tage Diät zu halten, vollblütige sind zur Ader zu lassen, jeder hat für gehörige Reinigung seines Innern durch eine Laxans zu sorgen.

Während der Kur, die zu geschehen hat von Mai—September, hat der Arzt sein Augenmerk darauf zu richten, dafs die Vorschriften von den Kranken genau innegehalten werden, wobei besonders Gewicht gelegt wird auf die Jahreszeit, die Temperatur der Luft und des Wassers, das Promenieren während des Trinkens, die Zu- und Abnahme des Wasserquantums, die Reihenfolge der zu trinkenden Mineralwässer, das Temperament, Alter und Geschlecht des Kranken, sowie auf Diät und besondere Zufälle.

Nach der Kur hat der Kranke die ihm vom Arzt angekündigte Nachwirkung zu prüfen und eventuell im nächsten Jahre wieder zu erscheinen.

Nach diesem Schema wurden alle Kranken — es gab deren nicht sehr viele — behandelt.

Einen faux pas gab's nicht, Kurerfolge aber auch kaum.

Man begnügte sich damit, die Diurese durch reichliche Wasserzufuhr angeregt zu haben, und sah hierin die gröfstmögliche Besserung bei Blasenentzündungen, Steinleiden usw.

Einer lokalen Behandlung vermafs man sich höchstens bei Urethralkrankheiten.

Die erste Veranlassung zum Aufschwung gab wohl die von meinem Vater im Jahre 1867 mit Erfolg ausgeführte Blasensteinzertrümmerung.

Es zeigte sich sofort ein lebhaftes Interesse für lokale Eingriffe, und nicht lange dauerte es, so hatte jeder Wildunger Arzt die leicht zu erlernende Technik der Zertrümmerung sich zu eigen gemacht, und seitdem operiert jeder mit gleichgutem Erfolge Blasensteine.

In den folgenden Jahren stieg die Frequenz des Bades und damit die Zahl der zu behandelnden Kranken.

Der Feldzug brachte eine ganze Reihe interessanter Fälle nach Wildungen. Darunter bildeten chronische Urethralkatarrhe und Strikturen einen beträchtlichen Prozentsatz. Als Injektionsmittel galt Alaun, schwefelsaures Zink und Höllensteinlösung. Aufserdem kamen Metallsonden, hauptsächlich mit Rillen zur Aufnahme von Salbe bestimmt, zur Anwendung.

Mit den Strikturen ging man scharf ins Gericht. Rigorose temporäre oder permanente Dilatationen halfen in den meisten, in vielen Fällen aber folgten dieser Therapie leider periurethrale Abszesse von langer Dauer. Wurde bei Impermeabilität der Strikturen oder Obliteration der Urethra mal die Blase punktiert, so war der Exitus letalis infolge Peritonitis in 50 % das Ende vom Liede. Welcher Segen, dafs die Anti- und Asepsis Wandel schaffte!

Mehr Glück hatte man in der Behandlung von Blasenkatarrhen, die seit Hufelands Zeiten durch Wildunger Wasser schon heilen sollten.

Die an eitrigen Harn gewöhnte Harnröhre war offenbar gegen kleine Insulte, wie sie der Katheterismus setzte, gefeit, denn tatsächlich vertrugen die Patienten wiederholte, keineswegs aseptische

Einführung vorzüglich und genasen durch regelmäfsige Ausspülung der Blase mit Natrium benzoicum oder Argentum nitricum in schwacher Konzentration.

Mit der Behandlung der Blasentuberkulose und Blasengeschwülste konnte man keine Lorbeeren ernten; deshalb betrachtete man sie als ein noli me tangere.

Anders war es mit den Fremdkörpern in der Blase. Manuelle Geschicklichkeit wufste in mehreren Fällen Katheterfragmente bei einmaligem oder wiederholtem Zufassen mit dem Prise-Pierre in der Längsachse durch die Urethra zu extrahieren, ohne Anwendung komplizierter Apparate.

Bei Krankheiten der Prostata und zwar bei Prostatorrhoe und Tuberkulose verordnete man Wildunger Wasser, bei chronischer Prostatitis Bäder, Suppositorien und Bleisalben-Injektion mit Garreau's Spritzensonde.

Den Prostatikern suchte man durch tägliches Einlegen dicker Metallsonden die Prostata zu komprimieren und durch Einführung medikamentöser Bougies die Beschwerden zu lindern.

Für die lokale Behandlung der Nieren, Nierenbecken und Harnleiter gab's damals noch keine Gelegenheit. Man wandte bei ihnen nur die Mittel der internen Medizin an; operative Fälle wies man den chirurgischen Kliniken zu.

Vom Anfang der 80er Jahre nun bis jetzt hat sich ein langsamer, aber stetiger Fortschritt in diagnostischer und therapeutischer Beziehung bemerkbar gemacht.

Auf alle Errungenschaften im einzelnen einzugehen, würde zu weit führen, ich beschränke mich deshalb auf ein Résumé.

Die in Wildungen Heilung Suchenden sind meistens chronisch Kranke — ausgeschlossen luetische —, deren Kuraufenthalt auf höchstens 4 Wochen bemessen für therapeutische Zwecke ausreichen soll.

Wenn diese Zeit in vielen Fällen genügt, so ist uns doch bezüglich gröfserer Eingriffe eine unerwünschte Grenze gesetzt: die kleineren, wie Lithotripsie, Bottinische Diszision, Urethrotomie, Phimosen-Operation, welche eine Narkose nicht erheischen und deshalb fast ausnahmslos ohne jedwede Hilfe vom Arzt allein ausgeführt werden, erfordern ein Krankenlager von nur wenigen Tagen, die blutigen aber an der Urethra, am Hoden, an der Prostata, Blase und Niere bedürfen zur Ausheilung selbstredend längerer Zeit.

Ich werde nun im folgenden mit einigen Worten der Krankheiten Erwähnung tun, deren Therapie Fortschritte gemacht hat.

Bezüglich der akuten Gonorrhoe, derentwegen selten jemand Wildungen aufsucht, verfolgen wir, wie wohl die meisten der Kollegen, das Prinzip der völligen Ruhe bei reizloser Kost und grofser Flüssigkeitszufuhr. Erst im subakuten Stadium berieseln wir selbst mehrmals täglich die Urethra ebenso wie im chronischen mit Kaliumpermanganat, seltener mit dem stärkere Reizung verursachenden Zincumpermanganat bis zum Sistieren jeder Sekretion, und urethroskopieren.

Finden wir Entzündungen der oberflächlichen oder tieferen Schichten der Schleimhaut, der Lakunen oder Littréschen Drüsen, so wenden wir Bougies, Salben, Ätzmittel an.

Von einer Abortivbehandlung, die wir lange zu Versuchszwecken übten, sind wir definitiv abgekommen.

Zur Beseitigung von Strikturen haben wir wohl alle Methoden, die die Literatur in den letzten Jahrzehnten brachte, ausprobiert, haben jedoch keine besseren Erfolge erzielen können, als mit unserer alten, der allmählichen Dehnung mit Bougie und Katheter.

Wir dilatieren, wie auch früher, temporär oder permanent mit harten oder weichen Instrumenten, dilatieren vor allem unter peinlichster Sauberkeit.

Wenn auch von einer Asepsis der Urethra keine Rede sein kann, so haben wir doch Harnfieber kaum noch zu befürchten. Die Urethrotomie können wir vielfach umgehen.

Was die Behandlung der Fisteln betrifft, so haben wir, wie so mancher, der sich mit dieser undankbaren Aufgabe befassen mufs, an Mifserfolgen keinen Mangel, so dafs wir zu 2-, 3-, auch 4 maligem Eingreifen gezwungen sind und dann nach einer scheinbaren Heilung einsehen müssen, dafs alle Mühe vergeblich war.

Die Behandlung der Tumoren macht weniger Schwierigkeiten, ebenso die Entfernung von Harnröhrensteinen, selbst von gewaltiger Dimension.

So schafften wir vor einigen Jahren einen Urethralstein von 250 g Schwere heraus.

Es erübrigt noch eine kurze Besprechung der Tuberkulose. Bei dieser Gelegenheit will ich erwähnen, dafs wir seit einigen Jahren Versuche anstellen mit Klebs' Tuberkulozidin.

In allen nichtoperativen Fällen von Tuberkulose der Harnorgane geben wir Tuberkulozidin, subcutan oder intern, bei Cystitis tuberculosa, außerdem die bekannten Sublimatinstillationen 1:5000 bis 1:1500 und zur Beseitigung der Schmerzhaftigkeit Guajacolpräparate.

Bei monatelanger Behandlung sahen wir Besserungen, die womöglich auf das Tuberkulozidin zurückzuführen sind. Ein definitives Urteil vermögen wir noch nicht abzugeben. Eine Beeinflussung der Tuberkulose durch Wildunger Wasser konnten wir nicht feststellen.

Was die Blasenkrankheiten anlangt, so hat sich die Therapie des Katarrhs kaum geändert, denn wir benutzen die alten Mittel, nur in stärkerer Konzentration; die der Cystitis neoplastica dagegen wohl. Kleinere Geschwülste haben wir intravesikal entfernt, bei größeren wenden wir die Sectio alta an, ebenso wie bei geeigneten Fällen von Blasensteinen.

Statt der Lithotripsie führen wir jetzt, und das ist der einzige Aufschwung auf diesem Gebiete, die Litholapaxie aus.

Die Behandlung der Neurosen und der Hypertrophieen der Blasenwandung hat Fortschritte gemacht, die auf der Anwendung des direkt einwirkenden faradischen Stromes, dicker Katheter und Bougies und der Regulierung des Volumens der Blase beruhen.

Von chirurgischen Eingriffen bei Blasendarmfisteln, als Folge von Perforation maligner Tumoren, müssen wir einstweilen mit Rücksicht auf die Verhältnisse absehen.

Nachdem die bisherigen Verfahren bei Erkrankungen der Prostata nicht zum Ziele geführt hatten, war der Fortschritt bemerkenswert, den die Massage bei Prostatitis, Douchen und Faradisation bei Neurosen und Bottini-Diszision bei Hypertrophie brachten. Es würde zu weit führen, wenn ich über jede dieser Methoden mich auslassen wollte; nur sei erwähnt, daſs nach unserer Erfahrung der Prozentsatz der Hypertrophieheilungen bei vollständiger Harnverhaltung den der Heilung bei unvollständiger übertrifft.

Bezüglich der Nierenerkrankungen kann ich mich kurz fassen: Bis vor wenigen Jahren hatten wir von lokalen Eingriffen bei Nieren-, Nierenbecken- und Harnleitererkrankungen gänzlich absehen müssen; erst seit neuerer Zeit befassen wir uns mit der Nephrotomie und Nephrektomie, haben auch die zur Heilung des Morbus Brightii vorgeschlagene Nierenkapsellösung ausgeführt.

Den scheinbaren Erfolg aber einer definitiven Heilung gleichzusetzen, halten wir für verfrüht.

Betreffs der Pyelitis sei noch erwähnt, dafs wir von den Nierenbeckenausspülungen wenig Erfolge sahen, wir wenden sie nur selten an.

Im übrigen beschränken wir uns in der Therapie der Nierenerkrankung auf diätetische Mafsnahmen, Verordnung von Wildunger Wasser und Darreichung der bekannten Medikamente.

Berichtigung.

In die Arbeit des Herrn R. Christen: „Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen“ hat sich in das im übrigen sehr verdienstliche Litteraturverzeichnis ein mich betreffender Irrtum eingeschlichen, den ich nicht ohne Berichtigung lassen möchte. Es sind daselbst (Bd. XIV., Heft 11, S. 607) zwei meiner Arbeiten an unrechter Stelle, nämlich unter der Rubrik „Elektrolytische und galvanokaustische Behandlung“, aufgeführt: beide beziehen sich aber, wie schon aus dem Titel (der allerdings bei der zweiten einen Druckfehler enthält) ersichtlich, auf das Le Fortsche Verfahren der „Dilatation immédiate progressive“, die ich in Deutschland zum ersten Male ausgeführt zu haben glaube, nicht auf die Elektrolyse nach Fort. Die Verwechslung dieser beiden Autoren ist freilich sehr gewöhnlich; da aber dies Litteraturverzeichnis gewiss vielfach benutzt werden wird, möchte ich nicht, dafs der an sich ja nicht sehr erhebliche Irrtum wiederum von hier aus durch kritikloses Abschreiben sich weiter verbreite.

Berlin, Dezember 1903.

Posner.

Litteraturbericht.

I. Harnchemie und Stoffwechselanomalien.

Beitrag zur Pathologie des Pankreas bei Diabetes. Von C. Gutmann. (Virch. Arch. 1903, 172. Bd., S. 493.)

Bei einer 41 jährigen Patientin, seit 1 Jahre an Diabetes leidend, die im Coma diabet. starb, ergab die Obduktion ein atrophisches, in allen seinen Abschnitten von fast ausnahmslos multinukleären Leukocyten überschwemmtes Pankreas, also eine akute interstitielle Pankreatitis. Diese akute Entzündung ist jedoch wahrscheinlich nicht die Ursache der Zuckerharnruhr gewesen.

G. berichtet dann noch über 2 weitere Obduktionsbefunde an Diabetikern mit spezieller Berücksichtigung des Verhaltens der Langerhansschen Inseln. Diese waren in einem Falle vollständig unverändert, in den beiden übrigen Fällen an Zahl wesentlich vermindert, aber vollständig intakt. G. glaubt auf Grund dieser Beobachtungen mit v. Hansemann die Existenz von Pankreas-Diabetesfällen ohne Veränderungen der Gefäſsinseln annehmen zu dürfen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Fieber und Zuckerausscheidung. Von Dr. Paul Friedrich Richter. (Berlin. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 37.)

Die bereits vielfach von älteren Autoren gemachte Beobachtung, daſs in einer Reihe fieberhafter Prozesse bei Diabetikern die Glykosurie nicht nur während derselben schwand, sondern sich auch die Toleranz für Kohlehydrate für eine gewisse Zeit besserte, ist auf die verschiedenste Weise erklärt worden: es wurde zunächst die Höhe der Temperatur als Ursache angesehen; nach anderen wäre infolge des vermehrten Eiweiſszerfalles die Zuckerbildung aus letzterem gestört, infolgedessen würden die eingeführten Kohlehydrate angegriffen; ferner wurde der Einfluſs bakterieller Prozesse verantwortlich gemacht, und schlieſslich meinten einige, daſs infolge der während des Fiebers vielfach verminderten Appetenz einfach die Resorption der eingeführten Nahrung verschlechtert wäre. Auf der anderen Seite zeigen zahlreiche Beobachtungen, daſs die Glykosurie der Diabetiker durchaus nicht immer bei fieberhaften Zuständen vermindert ist, sondern nicht selten sogar steigt, und experimentelle Untersuchungen haben gelehrt, daſs die alimentäre Glykosurie im Fieber leichter zu erzielen ist, als in der Norm, wobei aber zu beachten ist, daſs bei Tieren die sogenannte „reine“ Temperatursteigerung, die nach

Verletzung des Wärmezentrums im Corpus striatum auftritt, zur Hyperglykämie, manchmal mit nachfolgender Glykosurie, führt, während bei Fieber nach bakterieller Infektion keine Hyperglykämie, sondern Hypoglykämie eintritt. R hat nun neuerdings experimentelle Untersuchungen nach dieser Richtung hin angestellt, indem er bei Kaninchen mittelst Adrenalininjektionen künstliche Glykosurie erzeugte; dieselbe ist hepatogener, in geringem Grade auch myogener Natur; und es trat nach geringen Dosen der Substanz bis zu 4 $^0/_0$ Zucker auf, dessen Ausscheidung 24 Stunden anhielt. Es zeigte sich nun, dafs die reine Temperaturerhöhung, die dem Zuckerstich ins Corpus striatum folgte, keinerlei Einflufs auf die Adrenalinglykosurie ausübte, dagegen blieb nach Streptokokkeninfektion die Zuckerausscheidung ganz oder fast ganz aus, und zwar auch dann, wenn keine Temperatursteigerung mit der Infektion einherging. R. schliefst aus seinen Versuchen, dafs es bakterielle Prozesse sind, die im Fieber einen Mehrverbrauch des Zuckers bedingen und dadurch eine Abnahme des Harnzuckers hervorrufen.

Paul Cohn-Berlin.

Versuche über den Einflufs des Pflanzeneiweifskörpers auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. Von Schuman-Leclerq. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 18—21, 1903.)

Aus des Verfassers Versuchen geht hervor, dafs das vegetabilische Eiweifs einen günstigen Einflufs auf die Zuckerausscheidung hat, weshalb die Empfehlung des vegetabilischen Eiweifskörpers für den Diabetiker wohlbegründet erscheint, zumal da einer derartigen reizlosen Diät die Eigenschaft der Nierenschonung zukommt.

von Hofmann-Wien.

Über Diabetes-Lipämie. Von B. Fischer. (Sitzungsber. d. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn. Januar 1903.)

Ein 28jähriger Arbeiter seit über 2 Jahren an schwerem Diabetes mit 5—6 $^0/_0$ Zucker im Urin leidend, bekam eine doppelseitige hochgradige Amblyopie. Ophthalmoskopisch hoben sich die Netzhautgefäfse als helle Streifen vom gelbroten Fundus ab. 14 Tage später ging der Patient komatös zu Grunde. Die Sektion ergab neben hochgradigem Schwund des Körperfettes vor allem einen ungewöhnlichen Fettreichtum des Blutes. Dasselbe enthielt den höchsten bisher beobachteten Fettgehalt, nämlich 18,129 $^0/_0$ und zwar vorwiegend in Form von Cholestearin 0,478 $^0/_0$, während nur wenig freie Fettsäuren vorhanden waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab weiter, dafs fast alle Zellen des Körpers von zartesten Fetttröpfchen durchsetzt waren. Wie Verf. durch eingehende Untersuchungen weiter feststellen konnte, hatte das Blut seine lipolytische Fähigkeit verloren, während das aus dem Blute gewonnene Fett normalem Blute zugesetzt, in normaler Weise zerstört wurde. Das Pankreas zeigte cirrhotische Veränderungen, Trübung und Fettmetamorphose der Drüsenzellen und eine hochgradige bindegewebige Entartung der Langerhansschen Inseln. Ferner war mit van Gieson-

Färbung in der Leber ein den Kupfferschen Gitterfasern der Leber gleichendes Gebilde nachweisbar. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Lipaemia in diabetes mellitus. Von T. R. Frazer. (Brit. Med. Journ. May 23, 1903.)

F. berichtete in der Edinburgh Med. Chir. Soc. über einen 17-jährigen seit einem Jahre an schwerem Diabetes leidenden Patienten, bei welchem einige Wochen vor dem Tode Lipämie aufgetreten war. Bei der Sektion fand sich fettige Degeneration der Leber. Der Fettgehalt des Blutes betrug 16,5% gegenüber 0,2—0,5 beim Gesunden. In beiden Pleurahöhlen fand sich fetthaltige (10 %) Flüssigkeit. F. glaubt, dafs es sich um eine zufällige Erscheinung im Verlaufe des Coma diabeticorum handle. von Hofmann-Wien.

Zur Frage der Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Psychosen. Von E. Redlich. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 22 u. 23, 1903.)

Wenn auch in den von R. mitgeteilten Fällen der Diabetes nicht die einzige Ursache für die Psychose bildete und auch die Fälle in klinischer Hinsicht kein gemeinsames Gepräge haben, so läfst sich doch konstatieren, dafs in einer ganzen Reihe von Fällen der Diabetes unzweifelhaft das Auftreten von Psychosen begünstigt, insbesondere dann, wenn die durch ihn gesetzte allgemeine Ernährungsstörung eine schon bestehende oder wenigstens drohende senile Involution des Gehirns befördert oder andere das psychische Gleichgewicht störende Momente vorhanden sind. von Hofmann-Wien.

Über Haferkuren bei schwerem Diabetes mellitus. Von Prof. von Noorden. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 36.)

Die Arbeit enthält eine Anzahl von Krankengeschichten, die zur Illustration der Beobachtung dienen, dafs schwere Diabetiker, welche bei völlig strenger Diät nicht zu entzuckern sind, manchmal schnell und sicher von der Glykosurie befreit werden, wenn man ihnen nichts anderes giebt, als grofse Mengen von Hafer, daneben noch Butter und einfache Eiweifskörper, aber kein Fleisch und keine anderen Kohlehydrate. Natürlich reagieren nicht alle Fälle gleichmäfsig auf die Kur und mufs man bei der Auswahl vorsichtig sein. Mit dem Zucker sinkt gleichzeitig die Ausscheidung der Azetonkörper und des Ammoniaks. Zur Anwendung werden das Knorrsche Hafermehl oder die Hohenloheschen Haferflocken empfohlen; die Substanz wird sehr lange mit Wasser und etwas Salz gekocht; während des Kochens wird Butter und ein vegetabilisches Eiweifs, oder, nach Abkühlung, geschlagenes Eiweifs hinzugesetzt. Die Tagesmengen waren: 250 g Hafer, 100 g Eiweifs, 300 g Butter; diese Suppe wurde zweistündlich gegeben, daneben etwas Kognak oder Wein oder schwarzer Kaffee gestattet. Während manche Patienten, die früher bei strenger Diät 50 g Zucker entleerten, auf diese Weise dahin gebracht wurden, dafs ihnen neben der gewöhnlichen strengen Kost er-

hebliche Mengen von Kohlehydraten gegeben werden konnten, ohne die Glykosurie wieder zu erwecken, trat bei anderen auf die Haferkur zwar auch eine günstige Reaktion ein, eine nachhaltige und wesentliche Steigerung der Toleranz konnte aber nicht erzielt werden, da sich früher oder später Widerwillen gegen die einseitige Ernährungsform einstellt. In anderen Fällen wurde durch die Haferkur die Glykosurie sogar vermehrt und mufste zur strengen Diät zurückgekehrt werden; es zeigte sich ferner, dafs leichte Fälle ohne Azetonurie die Kur meist schlechter vertragen, als schwere. Worauf die Wirkung der Haferkuren beruht, läfst N. vorläufig dahingestellt, weist aber noch darauf hin, dafs, während man sich bei der eben beschriebenen Gruppe von Diabetikern an ein einzelnes Kohlehydrat halten mufs, es eine andere Gruppe giebt, bei welcher man mit beliebigen Kohlehydraten, die man statt der strengen Diät in grofser Menge giebt, Erfolge erzielt. Paul Cohn-Berlin.

Zur Ätiologie des Diabetes mellitus. Von Dr. Lenné-Neuenahr. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 20.)

Es handelt sich um einen schweren Fall von Diabetes mellitus, der auf ein verhältnismäfsig leichtes Trauma zum Ausbruch kam. Einem bis dahin gesunden 37jährigen Arbeiter fällt eine schwere Eisenstange auf das rechte Knie; ohne dafs die lokale Verletzung sehr erheblich war, trat in der fünften Woche zunehmende Schwäche und auffallend gesteigertes Durstgefühl auf, das Körpergewicht nahm stark ab; die Urinmenge betrug 12—14 Liter in 24 Stunden. Vier Monate später konstatierte Verf. einen Urin von 1037 spez. Gewicht, 3250 ccm in 24 St., 6,6 Proz. Zucker, Spuren von Eiweifs und Acetessigsäure; es handelte sich um einen schweren Fall von Diabetes, da die Zuckerausscheidung die Zuckereinfuhr als Kohlehydrat übertraf und auch bei kohlehydratfreier Ernährung die Zuckerausscheidung nicht sistierte. Unter geeigneter Behandlung in Neuenahr besserten sich dann die subjektiven und objektiven Symptome, doch blieb die Schmerzhaftigkeit der verletzten Stelle weiter bestehen. Bei dem Fehlen jeder hereditären Anlage hält Verf. den Diabetes für einen rein traumatischen. — Im Anschlufs an diese Krankengeschichte berichtet L. dann über eine Diabetiker-Familie; nachdem zwei Kinder im Alter von 10 und 11 Jahren an schwerem Diabetes erkrankt und nach etwa 2jährigem Bestehen der Krankheit gestorben waren, stellte sich auch bei der Mutter, die bis dahin vollkommen gesund gewesen war, Zuckerausscheidung ein. Trotz sorgfältiger Behandlung ging die Kranke ebenfalls in kurzer Zeit im Koma zu Grunde. Hereditäre Belastung war nach keiner Richtung hin vorhanden. Paul Cohn-Berlin.

Über den Diabetes in der Chirurgie. Von O. Fellner. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. 03.)

1. 40jährige, seit 15 Jahren zuckerkranke Patientin. Seit 6 Monaten Unterleibsbeschwerden. Diagnose: Doppelseitiger Pyosalpinx. Im Urin reichlich Zucker und Aceton. Einige Zeit nach der per vaginam

vorgenommenen Inzision verschwand Zucker und Aceton. 3 Monate später wurde abermals eine Inzision vorgenommen. Der Urin blieb zuckerfrei. Die Patientin erlag nach einer kurzen Zeit relativen Wohlbefindens ihrem Leiden, ohne dafs sich Diabetessymptome eingestellt hätten.

2. 36jährige Patientin. Einige Monate nach der Amputation eines myomatösen Uterus stellte sich Diabetes ein. Vor der Operation hatte der Urin zwar Albumen, aber keinen Zucker enthalten.

von Hofmann-Wien.

Ein Beitrag zum Carcinomdiabetes. Von K. Oestreicher. (Prager med. Wochenschr. Nr. 24, 1903.)

Ö. berichtet über 4 Fälle von Karzinom bei Diabetikern, wo der Diabetes das Primäre, das Karzinom das Sekundäre war. In einem derselben schien das Karzinom antagonistisch auf den Zuckergehalt zu wirken, in einem Falle zeigte sich kein Einflufs, in den 2 anderen trat Verschlimmerung ein. In keinem der Fälle zeigte der Verlauf etwas charakteristisches, vom gewöhnlichen Diabetes sich Unterscheidendes.

von Hofmann-Wien.

Über die heilende Wirkung des Strychnins bei Polyurie und beim Diabetes insipidus. Von Dr. Leopold Feilchenfeld in Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 31.)

Verf. suchte in einem Fall von Polyurie und Blasenlähmung, die letztere durch Injektion von Strychnin zu beeinflussen und machte dabei die Beobachtung, dafs die Urinmenge sofort zurückging. Er setzte deshalb das Verfahren fort und erreichte (bei täglich wiederholter Injektion, die schliefslich auf 0,01 erhöht wurde) innerhalb 5 Tagen ein Zurückgehen der Urinmenge von 2950 auf 1400 ccm. Die Blasenlähmung blieb bestehen, jedoch besserte sich das Allgemeinbefinden. Durst und Trockenheit der Zunge liefsen nach. Die Urinmenge hielt sich nun mehrere Monate auf dieser Höhe, auch nachdem mit den Injektionen nach 12tägiger Anwendung ausgesetzt wurde. Dieselben Wirkungen wurden bei einem Fall von Diabetes insipidus konstatiert, der noch in Behandlung steht. Dr. F. veröffentlicht seine Beobachtungen trotzdem schon jetzt, damit geeignete Fälle alsbald nach seinem Vorschlage behandelt werden können und durch Zusammenfassung der Resultate eine richtige Entscheidung über die Brauchbarkeit des Mittels getroffen werden kann. Er glaubt annehmen zu dürfen, dafs das Strychnin direkt auf das Zentralnervensystem einwirkt, wofür aufser der Schnelligkeit des Erfolges auch der Umstand spricht, dafs in beiden Fällen das spezifische Gewicht des Urins nahezu unverändert geblieben ist.

Ludwig Manasse-Berlin.

Über Diabetes insipidus. Von Dr. A. Wolff. (Aus dem städt. Krankenhause Moabit-Berlin. Abt. des Prof. Goldscheider. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 23.)

In einem Falle von hereditärem Diab. ins. wurde nach Verab-

reichung von Infus. secale cornuti (6,0 : 200,0 anfangs 3 mal, später 2 mal tgl. ein Efslöffel) ein Sinken der Urinmenge von 7—11 l auf $1^1/_2$—$2^1/_2$ l beobachtet, ein Erfolg, der beinahe als Heilung bezeichnet werden kann. Trotz der Verringerung der Urinmenge hob sich das spezifische Gewicht nicht; in den ersten Tagen der Secalewirkung war die Gesamtausscheidung der festen Stoffe annähernd normal (25—33 g), um dann dauernd zu sinken und die Menge von 20 g niemals mehr zu überschreiten. Diese Beobachtung legt den Gedanken nahe, dafs vielleicht funktionelle Veränderungen der Nierenepithelien unter Umständen das Primäre des Krankheitsbildes vorstellen möchten. Die Wasseraufnahme war stets eine beträchtliche, 5—6 l Flüssigkeit täglich. Stickstoff- und Phosphorbestimmungen ergaben, dafs das geringe spezifische Gewicht nicht auf eine verminderte N-Ausscheidung zurückgeführt werden konnte; die Ausscheidung von Phosphorsäure dagegen hielt sich unter der Norm. — Auch in einem zweiten Falle war die therapeutische Wirkung der Secale nicht völlig unbefriedigend. Die Phosphorsäureausscheidung was hier ziemlich normal; hinsichtlich der N-Ausscheidung waren aufserordentliche Schwankungen zu verzeichnen. Jesionek-München.

Über Diabetes insipidus bei Kindern. Von Rochlin. (Djetskaja Medizina 02, 5 u. 6.)

Fünf Fälle eigner Beobachtung von Diabetes inspidus bei Kindern lenkten die Aufmerksamkeit des Verf. auf den Zustand der Verdauungsorgane. Magendarmstörungen sind oftmals die Ursache der Polydipsie, die ihrerseits die Polyurie hervorruft. Hentschel-Dresden.

2. Erkrankungen der Nieren.

Case of congenital single kidney. Von D. M. Day. (Brit. Med. Journ. July 4, 1903.)

Bei der Sektion einer 50 jährigen Geisteskranken fand man an normaler Stelle keine Niere, hingegen lag eine 23 cm lange Hufeisenniere auf der Wirbelsäule, dicht unterhalb des Pankreas. Sie hatte 2 Ureteren, von denen jeder mit den zugehörigen Gefäfsen in einen Hilus mündete. Die beiden Ureteren verliefen zunächst getrennt, vereinigten sich aber nach 8 cm. von Hofmann-Wien.

Knorpel in der Niere. Von K. Natanson. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29, 1903.)

Bei einem männlichen Kinde, welches nach der Geburt noch 54 Stunden gelebt hatte, fehlte die rechte Niere nebst Ureter vollständig. Die linke Niere war auffallend klein. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich die sekretionsfähige Substanz auf ein Minimum reduziert. Der gröfste Teil des Organs war durch das verdickte Nierenbecken eingenommen. Sowohl an den Berührungsstellen der einzelnen Reniculi, als auch mitten in der Rinde sah man Inseln hyalinen Knor-

pels von Perichondrium umgeben. Dieselben waren sehr zahlreich und kamen den Malpighischen Körperchen an Gröfse teils gleich, teils übertrafen sie dieselben. Eine Kompression von Gewebe durch diese Knorpelinseln war nirgends zu bemerken. von Hofmann-Wien.

Über Befunde an Nieren mit gehemmter Entwicklung. Von C. Beck. (Virchows Arch., 173. Bd, 1903, S. 267.)

Auf Grund der Untersuchung von 7 Fällen sowie unter Berücksichtigung der bisher beschriebenen Fälle kommt B. zu folgenden Schlüssen: Bei Zwerghaftigkeit der Niere ist stets ein Mifsverhältnis in der Menge der drüsigen, arteriellen und bindegewebigen Bestandteile vorhanden in der Weise, dafs einer derselben überwiegt, die zwei andern ungebührlich zurückgedrängt sind. Glomeruli und Markstrahlen sind meist vorhanden. Die Sammelröhren sind entweder normal, oder solide Zellstränge in Form von Granulationszellen, oder enger als normal mit hohem Epithel, oder fehlen im Mark und sind in der Rinde verhältnismäfsig weit, sie erreichen manchmal das Nierenbecken, jedoch nicht immer. In den kleinen Nieren fanden sich immer noch Reste des Nierenblastems und zwar besonders in der Rinde. Das Verhalten des Ureters ist verschieden, manchmal war er obliteriert. Aus diesen Befunden ergiebt sich, dafs von den Nierenröhrchen zuerst das Labyrinth I. Ordnung entsteht, während die Glomeruli jünger sind. Die Harnkanälchen treiben einen zentralen, allmählich bis zum Nierenbecken vordringenden Sprofs. Die Verbindung der Abkömmlinge des Nierenblastems mit dem Nierenbecken findet auf der Papille statt. Häufig findet man neben Zwerghaftigkeit der Niere noch andere Mifsbildungen des Urogenitaltraktus.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über Entwicklungsstörungen der Niere. Von E. Meyer. (Virchows Arch., 173. Bd., 1903, S. 211.)

Im Züricher pathologischen Institut kam ein 9 Wochen altes Kind zur Obduktion, das folgende Mifsbildungen zeigte: Gaumenspalte, Uterus bicornis, abnorme Peritonealfaltung, Atresia ani und Flecknieren und zwar ca. linsengrofse hellere Partien, welche die Nieren durchsetzten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Glomeruli und geraden Kanälchen vorhanden, dafs aber die Tubuli contorti fehlten. An Stelle der letzteren war ein undifferenziertes zellreiches Gewebe vorhanden, und zwar waren es vorwiegend grofse körnige, protoplasmareiche, kubische Zellen, zwischen welchen teils runde, teils spindelige protoplasmaarme, wie Granulationsgewebe aussehende Zellen lagen. Doch hatten die erstgenannten Zellen in Gröfse, Form und zum Teil auch Gruppierung Ähnlichkeit mit dem Epithel der Tub. contorti. An vielen Stellen liefs sich eine kolbige oder allmählich sich zuspitzende und sich verjüngende Endigung der Tubuli recti — blind im Zwischengewebe — nachweisen. Diese Befunde sind im Sinne einer Entwicklungshemmung zu deuten und bilden eine Stütze für die Anschauung, nach welcher sich das Kanalsystem der Niere aus zwei getrennten Anlagen entwickelt, und welche anderseits

Beziehungen zu den vom Nierenparenchym selbst ausgehenden Tumoren in sich trägt. Wie M. weiter an fünf eingehend mikroskopisch untersuchten Cystennieren nachweisen konnte, entstehen auch diese als Folge einer Entwicklungshemmung, indem die aus zwei getrennten Anlagen sich entwickelnden Kanalsysteme der Niere, welche normaliter in früher Embryonalzeit zu einem funktionsfähigen Ganzen verwachsen, nun infolge der Hemmung nicht zusammenwachsen und jedes auf eigene Faust weiterwuchert. Je nachdem, ob diese Störung gröfsere oder geringere Teile der Niere begreift, resultieren mehr oder weniger hochgradige das Leben bedrohende Veränderungen der Niere, speziell durch Entstehen von Cysten. Aber die in der Entwicklung gehemmten Partien können auch bei Fortbestehen des Lebens den Boden für die Entstehung echter Tumoren liefern. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die fötale Riesenniere und ihre Beziehungen zur Entwicklungsgeschichte der Niere. Von G. Schenkl. (Virchows Arch., 173. Bd., 1903, S. 247.)

Die untersuchten Nieren stammten von einem ausgetragenen Kalbe und wogen 3000 g. Das Mark war 5 mm breit, die Rinde 2 cm breit. Das ungemein feuchte Gewebe zeigte zahlreiche kleine Körner. Mikroskopisch ergab sich folgendes: Viele Glomeruli sind ausgebildet, andere sind noch nicht vollständig differenziert. Die Schleifenkanäle der Markstrahlen sind schmal und haben kein Lumen. Ihre Zellen sind Übergangsstadien von Granulationszellen zu Epithelien. Die Sammelröhren sind besser entwickelt, ihr zentrales Ende von riesenhafter Gröfse, oft cystös erweitert, aber keine mündet frei ins Nierenbecken. Das Gerüst, ungewöhnlich stark entwickelt, hat den Charakter von Schleimgewebe. Der vaskuläre Teil der Niere ist stark verkümmert, woraus eine Abnahme der Gewebsspannung im Organe resultiert. Es handelt sich hier um eine Hemmungsbildung der Niere. Der Mangel des von den Gefäfsbüscheln ausgehenden Gegendruckes gegen das proliferierende Nierenblastem, der hier vorlag, veranlafste die ungewöhnliche Ausdehnung der Niere. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Sur l'épithélium qui recouvre le glomérule du rein chez le nouveau-né. Von Cornil. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1903, p. 241.)

Das Epithel, welches die Glomeruluskapsel bedeckt, besteht beim Neugeborenen aus hohen, palissadenförmig angeordneten Zylinderzellen, während die Innenfläche der Kapsel von ganz flachen Plattenzellen bedeckt ist. Dieser Befund steht im Widerspruch zu der Theorie, wonach beide Epithellager gemeinschaftlichen Ursprungs sind.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Die Patho-Physiologie der Niereninsuffizienz. Von G. Kövesi und V. Roth-Schulz. (Budapest. kgl. Ärztever., 31. Jan. 1903. Nach d. Pest. med. chir. Presse 1903, S. 679.)

Folgende Formen der Niereninsuffizienz sind möglich: 1. Insuffizienz

der Glomeruli charakterisiert durch Wasser- und damit proportionale NaCl-Retention, das Blut wird hypalbuminämisch sein, jedoch mit normalem Gefrierpunkt, der Harn ist konzentrierter und weniger, die Niere hat ihre verdünnende Wirkung eingebüfst. Ein reines Bild der Glomeruli-Insuffizienz giebt ein unkompensiertes Vitium cordis. 2. Insuffizienz des Nierenkanälchenepithels, welche in 2 Formen auftreten kann. Bei der ersten Form ist die Selektionsfähigkeit der Epithelien gegenüber gewissen Stoffen aufgehoben. Der Harn hat sein normales Quantum, die verdünnende Wirkung ist normal, nur gegenüber allzuhohen Ansprüchen versagt die Konzentrierungsfähigkeit der Niere. Für die zweite Form ist der Mangel der Konzentrierungsfähigkeit des Epithels charakteristisch. Es ist unmöglich, über ein gewisses, recht niedriges Konzentrations-Maximum des Urins hinaufzukommen. Der Gefrierpunkt bleibt stabil, und die Ausscheidung der festen Stoffe erfolgt parallel der Wasserausscheidung. 3. Insuffizienz der gesamten Nierenfunktion. Es entleert sich ständig wenig und stets Harn von gleicher Konzentration; dabei tritt manchmal die parallele Ausscheidung von Wasser und Salz, manchmal die Retention des einen oder anderen Stoffes in den Vordergrund.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Cryoscopy. Von D. S. Grim. (Phil. Med. Jour. 1903, 21. März.)

Verf. berichtet über seine an über 400 pathologischen Urinen vorgenommenen Untersuchungen mittels der Cryoskopie. Die Patienten litten an verschiedenen Erkrankungen der Nieren, des Herzens, an akuten Exanthemen u. s. w. G. ist der Meinung, dafs die Cryoskopie die übrigen Methoden der Harnuntersuchung nicht ersetzen, wohl aber ergänzen kann; sie ist die genaueste Methode zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Nieren. Die Cryoskopie an dem gesondert von jeder Niere aufgefangenen Urin giebt im Verein mit der Phloridzin- und Methylenblaumethode sehr präzise Resultate über die Erkrankung einer Niere und über die Leistungsfähigkeit der anderen. Dreysel-Leipzig.

Sur la physiologie comparée des deux rein. Von J. Albarran. (Le progr. méd. 1903, 22.)

Durch Untersuchungen an Menschen und Hunden konnte A. feststellen, dafs beide Nieren in der Zeiteinheit verschieden grofse Urinmengen von verschiedener Zusammensetzung ausscheiden. Bei länger dauernder Untersuchung verringern sich die Unterschiede. Um genaue Resultate zu erlangen, mufs man 2 Stunden lang den Urin jeder Niere getrennt auffangen. Hentschel-Dresden.

Über das Verhältnis der Harnausscheidung zu den aufgenommenen Flüssigkeiten bei Gesunden und Kranken. I. Über das Verhältnis der Harnausscheidung zu den aufgenommenen Flüssigkeitsmengen bei Gesunden. Von F. Tripold. (Ztschr. f. diätet. und phys. Ther. 1903, Bd. 7, 1—2.)

Eine 30 monatige Eigenbeobachtung der Harnausscheidung ergab folgendes:

1. Da Harnausscheidung und Flüssigkeitseinnahme in Beziehung stehen, so mufs auch die Menge der aufgenommenen Flüssigkeit genau bestimmt werden.

2. Die prozentualen Harnmengen nehmen zu bei geringerer, sie vermindern sich bei gröfserer Flüssigkeitszufuhr.

3. Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit üben bestimmte Einflüsse auf die Harnmenge aus.

4. Die Herabsetzung seines Getränkequantums verträgt der Mensch bis zu einer gewissen Grenze ohne Beschwerde.

5.—7. Natürliches kohlensaures Wasser sowie plötzlicher Ersatz alkoholischer Getränke durch Trinkwasser erzeugen bei einem gesunden Menschen lebhafte Diurese, traurige Stimmung wirkt harnvermindernd.

8. Trotz lange Zeit fortgesetzter gleichartiger täglicher Getränkezufuhr schwankt die Harnmenge von einem Tage zum anderen oft ganz bedeutend.

Hentschel-Dresden.

Experimentelle Beiträge zur hämatogenen Niereninfektion von den Harnwegen, insbesondere von der Harnblase aus. Von K. Sakata. (Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 6. H.)

Die Infektion der Niere kann erfolgen von den Harnwegen her (aszendierend, urinogen, sekundär) und auf dem Blutwege (deszendierend, hämatogen, primär). Unter Berücksichtigung der prädisponierenden Momente und zwar der Urinstauung und, nach Guyon, der auf nervösen Bahnen zustande kommenden Kongestion der Niere hat Vf. eine Reihe von Tierexperimenten angestellt, durch die er folgende Fragen beantworten zu können glaubt:

1. Kann eine auf chemischem oder mechanischem Wege erfolgte aseptische Reizung der Blase ebenso leicht eine Kongestion der Niere auf nervösen Bahnen bewirken wie die entzündliche?

2. Können die in das Blut gebrachten Entzündungserreger bei einem Tiere, bei dem die Blase vorher aseptisch gereizt wurde, die Niere leichter infizieren, als bei einem solchen, bei dem dies nicht geschehen ist?

3. Können die in die Blase eingeführten Entzündungserreger ohne aszendierende Weiterverbreitung sowie ohne Urinstauung schon allein eine Infektion der Niere bewirken? (Natürlich in der Voraussetzung, dafs die Entzündungserreger eine Cystitis hervorgerufen haben).

4. Bewirken in die Blase eingeführte Entzündungserreger leichter eine Infektion der Niere nach Unterbindung des Harnleiters oder ohne diese?

5. Bewirken auch die in das Blut eingeführten Entzündungserreger eine ebenso starke Infektion der Niere nach Unterbindung des Harnleiters?

Als Versuchstiere dienten Kaninchen, als Entzündungserreger nur der Staphylococcus pyogenes aureus. Das Ergebnis dieser Untersuchungen bieten folgende Sätze:

1. Eine hämatogene Niereninfektion tritt ohne Cystitis und ohne Urinstauung sehr schwer ein.

2. Dieselbe kann etwas leichter bei Cystitis ohne Urinstauung eintreten (nervöse Wirkung als veranlassendes Moment).

3. Sie tritt bedeutend leichter ein, wenn nur Urinstauung ohne Cystitis vorhanden ist (Urinstauung als veranlassendes Moment).

4. Am leichtesten entsteht sie bei gleichzeitigem Vorhandensein von Cystitis und Urinstauung.

Aufser den drei bereits erwähnten Verbindungswegen: Ureter, Blutkreislauf und nervöse Bahnen, wäre noch ein vierter zu berücksichtigen, die Lymphbahn. Bestände ein derartiger Zusammenhang zwischen Blase und Niere, so würde er leichter als die nervösen Einflüsse das Übergreifen von entzündlichen Prozessen von einem auf das andere dieser Organe erklären. Die darauf gerichteten anatomischen Untersuchungen des Vfs. ergaben jedoch, dafs direkte Verbindungen zwischen den Lymphgefäfsen der Blase und der Niere nicht vorhanden sind.

Hentschel-Dresden.

Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus dem Körper. Von W. Noetzel. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 37. 1903.)

Um die Frage zu entscheiden, ob die Bakterien physiologischer Weise durch die Sekretionsorgane, vor allem durch die Niere ausgeschieden werden, oder ob die in Krankheitsfällen beobachtete Ausscheidung der Bakterien ein Symptom der Erkrankung der betreffenden Drüsen, also ein pathologischer Vorgang sei, hat N. eine gröfsere Reihe von Tierversuchen angestellt. Mit Ausnahme eines Falles dienten ausgewachsene Kaninchen als Versuchstiere. Die Versuchsanordnung war folgende: Es wurde die Harnblase durch Aspiration entleert, dann in die Ohrvene eine Bouillonaufschwemmung einer frischen Bakterienkultur (1 mal Milzbrand, sonst Pyocyaneus) injiziert. Nach 10—15 Minuten wurde die Blase wieder durch Aspiration entleert, in einigen Fällen auch der Urin direkt aus den Ureteren gewonnen. Aufserdem wurde von jedem Tiere die rechte Niere zerkleinert, zerstampft und zu zwei Agarplatten verarbeitet, die linke zum Zweck mikroskopischer Untersuchung in absolutem Alkohol konserviert. Innerhalb der nächsten 10—15 Minuten nach der Impfung konnten in 19 von 28 Versuchen gar keine Bakterien nachgewiesen werden. In den anderen wuchsen vereinzelte Kolonien. In einer gröfseren Anzahl von Versuchen konnten vereinzelte Bakterien in dem später als nach 15 Minuten gewonnenen Harn nachgewiesen werden. Jedenfalls fand innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden niemals ein so reichliches Durchtreten von Bakterien in den Harn statt, dafs von einer Ausscheidung oder Sekretion derselben hätte die Rede sein können. Die Nieren selbst waren in allen Versuchen vollgepfropft mit den eingeimpften Bakterien. N. folgert daher aus diesen Untersuchungsresultaten, dafs physiologischer Weise, d. h. bei gesundem Organ, eine Ausscheidung der im Blutkreislauf vorhandenen Bakterien durch die Nieren nicht stattfindet und ebensowenig durch andere Drüsen.

von Hofmann-Wien.

A case of bacteriuria resembling Weil's disease. Von G. R. Satterlee. (Proceed of the New York Pathol. Soc. April 1903.)

Bei einem 56jährigen Mann stellten sich nach einer üppigen Mahlzeit Schmerzen im Abdomen, Flatulenz und Schüttelfröste, sowie profuse Schweifssekretion ein. Gleichzeitig bestanden leichte Delirien und Stupor. Temperatur 40,5. Tumultuöse Herzaktion, systolisches Geräusch an der Spitze und Basis, über den Lungen reichliche Rasselgeräusche. Diese Erscheinungen besserten sich bald, jedoch stellte sich am nächsten Tage intensiver Jkterus ein, der Urin enthielt Eiweifs, Gallenfarbstoffe und zahlreiche Bakterien. Die Bakteriurie bestand durch einen Monat, die übrigen Erscheinungen gingen nur langsam zurück. Drei Monate später hatte der Patient eine ähnliche Attacke, aber ohne Jkterus. Aus dem Urin konnte S. einen proteusartigen Bacillus züchten, der sich nach Gram entfärbte und sich für Kaninchen und Meerschweinchen als pathogen erwies. von Hofmann-Wien.

Albuminuria and life insurance. Von Lambert. (New York State Med. Assoc., New York County branch 1903, 19. Jan.)

Nachweis von Albumen bei Untersuchung wegen Lebensversicherung ist meist ein schwer zu deutendes Symptom. Jedenfalls ist das Vorhandensein von Eiweifs nicht immer ein schlechtes prognostisches Zeichen. L. führt die lehrreichen Geschichten zweier Klienten an, die sich an ein und demselben Tage untersuchen liefsen. Bei dem einen waren nur ganz unbedeutende Spuren von Albumen vorhanden, bei dem anderen dagegen eine grofse Menge. Der letztere wurde zurückgewiesen, der erstere aufgenommen, nachdem bei wiederholten Untersuchungen immer nur geringer, als physiologische Albuminurie aufgefafster, Eiweifsgehalt nachweisbar war. Dieser Kranke starb nach 18 Monaten, während der andere noch 25 Jahre lebte. Dreysel-Leipzig.

Sur l'albuminurie palustre. Von S. Costa. (Arch. de méd. militaire 1903. S. 502.)

Man beobachtet diese bei Malaria in 15% der Fälle und zwar entweder als Folge einer Erkrankung der Niere, oder als ein vorübergehendes Symptom, das daher rührt, dafs eine grofse Zahl roter Blutkörperchen, die zugrunde gegangen sind, nunmehr mit dem Urin ausgeschieden werden. Die Prognose dieser Form von Albuminurie ist natürlich eine sehr güustige und verschwindet mit der Dekongestionierung der Leber und dem Nachlassen des Fiebers.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Les albuminuries curables. Albuminuries fonctionnelles. Von G. Lyon. (La presse méd. 1903, p. 629.)

Bei diesen Erkrankungen ist die reine Milchdiät direkt schädlich. Am besten ist eine gemischte Kost mit Ausschlufs von in Gärung befindlichen, oder von gewürzten oder gesalzenen Speisen. Herabgekommenen Kranken bekommt rohes Fleisch in kleinen Dosen sehr gut. Die Patien-

ten sollen während des Mahles nur wenig trinken, entweder Quellwasser oder nichtkohlensäurehaltiges Mineralwässer eventuell mit Zusatz von Wein, heifse Aufgüsse, aber keinen Thee. Verwerflich ist es, Kranke mit orthotischer Albuminurie längere Zeit im Bett zu halten, doch ist ein- bis zweistündige Ruhe nach jeder Mahlzeit gut. Vor allem wichtig ist es aber, die Thätigkeit der Haut durch trockene oder feuchte Abreibungen sowie milde Gymnastik anzuregen. Besonders günstig wirkt ein längerer Aufenthalt im Gebirge (über 1000 m Höhe). L. giebt seinen Kranken dreimal wöchentlich ein Verweilklysma von 100—300 g physiologischer NaCl-Lösung. Bei Atonie des Magens ist aufser Massage und Diät Natr. phosphor. 1—2 g morgens nüchtern sehr gut, während Abfuhrmittel eher schädlich wirken, Medikamente haben im allgemeinen bei diesen Formen der Albuminurie geringen Wert, nur Skrophulösen kann man eventuell Jodtanninsirup empfehlen. Von Bädern kommen die alkalischen und kochsalzhaltigen in betracht, in erster Linie Châtel-Guyon und St. Nectaire. Aufserdem noch Vichy, Vals Giran, Contrexéville, La Bourboule, Royat, Miers, Marienbad u. s. w.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide. Von H. Lüthje. (Arch. f. klin. Med. Bd. LXXIV.)

Verf. hat 33 fieberfreien Kranken mit eiweifs- und cylinderfreiem Urin 3—5 g Salicylsäure verabreicht. Regelmäfsig zeigten sich im Urin Cylinder und in $^{1}/_{3}$ der Fälle auch Eiweifs, Blasen- und Nierenbeckenepithelien. Nach Aussetzen des Medikamentes schwanden die Erscheinungen allmählich, bisweilen erst nach 3—4 Wochen. Durch Salicylsäure liefs sich auch bei Hunden regelmäfsig eine Nierenentzündung hervorrufen. Eine dauernde Schädigung der Nieren wurde zwar nicht beobachtet, doch ist bei Gebrauch der Salicylsäure immerhin Vorsicht nötig.

Was die Genese der hyalinen Cylinder betrifft, so meint Verf., dafs diese nicht lediglich durch Gerinnung transsudierten Eiweifses entstehen könnten, da sie sich auch im eiweifsfreien Urin vorfinden. Er läfst es unentschieden, ob sich diese Cylinder durch Zusammensickern amorph gewordener Epithelien oder durch Sekretion hyaliner Massen aus den Nierenepithelien bilden. Die Cylindroide führt Verf. auf ähnliche Vorgänge zurück. Aus Blase und den tieferen Harnwegen können sie nicht ausschliefslich kommen, da sie sich auch in dem durch Ureterkatheterismus gewonnenen Urin vorfinden. Dreysel-Leipzig.

Über Cylindrurie und Albuminurie beim Erysipel. Von R. Pollatschek. (Zentralbl. f. innere Med. 1903, 16. Mai.)

Verf. hat 50 typische Erysipelfälle auf Cylindrurie und Albuminurie untersucht. Die Untersuchungen wurden während des Fiebers jeden 2.—3. Tag und ferner möglichst bald nach der Entfieberung vorgenommen. Von Eiweifsproben kamen die Ferrocyankaliprobe und in

zweifelhaften Fällen die Methode nach Jolles in Anwendung. An jede chemische Untersuchung schlofs sich die mikroskopische des durch Centrifugieren gewonnenen Sedimentes. Es fanden sich leichteste Formen der Albuminurie 7 mal, Albuminurie von mehr als 2 tägiger Dauer 3 mal, Albuminurie mit Cylindrurie 6 mal, reine Cylindurie (ohne Albuminurie) 3 mal.

Die Schlufsfolgerungen P.s lauten:

Bei Erysipel treten in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle (38 %) Zeichen einer Nierenschädigung auf. Dieselben können in einfacher Cylindrurie ohne Albuminurie, Albuminurie ohne Cylindrurie, Albuminurie mit Cylindrurie bestehen.

Das Auftreten selbst grofser Eiweifsmengen mit gleichzeitigem Erscheinen renaler Elemente im Sediment kann rein transitorischer Natur sein und berechtigt noch nicht zur Stellung einer schwereren Prognose.

Dreysel-Leipzig.

Cyklische Albuminurie. Von L. Schaps. (Arch. f. Kinderheilk. Vol. 35, Nr. 1 u. 2.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von 35 Kindern mit cyklischer Albuminurie. Die meisten der Kranken standen zwischen dem 5. und 15. Lebensjahre. Mädchen waren 4 mal so häufig vertreten als Knaben. Die Kinder waren im allgemeinen blafs, mager, schlecht entwickelt. Zeichen von Herzschwäche waren bei 20 Kindern vorhanden. Die Affektion kann zweifellos zu einer echten Nephritis führen, doch ist die Prognose quoad vitam gut. Bei den meisten Kindern (23 von 35) waren Infektionskrankheiten vorausgegangen, und zwar Masern 15 mal.

Dreysel-Leipzig.

Beiträge zur Lehre von der cyklischen Albuminurie. Von L. Schaps. (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 35, 1 u. 2.)

Fast alle vom Verf. zusammengestellten Fälle von cyklischer Albuminurie wurden an Kindern im Alter von 5—15 Jahren konstatiert. Infektionskrankheiten und deren sekundäre Nierenaffektionen können nicht sicher als Ursache angegeben werden, da in 23 Fällen nennenswerte Infektionskrankheiten vorangegangen waren, ohne dafs im Anschlufs daran cyklische Albuminurie aufgetreten wäre. Vielmehr weist das häufige familiäre Vorkommen dieses Leidens auf eine individuelle Disposition hin. Darauf deutet auch das in 20 unter diesen 35 Fällen beobachtete Zusammentreffen mit pathologischen Erscheinungen am Herzen, die jedoch wegen ihres charakteristischen raschen Wechsels gegen einen organischen Herzfehler sprechen. Das Herz wird nur mehr oder weniger insuffizient gegenüber einer Mehrforderung. Hentschel-Dresden.

Unterschiede der Nierensekretion im Stehen und Liegen. Von Linossier und Lemoine. (Deutsche med. Wochenschr. 1903 Nr. 33 Vereinsb.)

Die Untersuchungen der beiden Verfasser über das obige Thema

führten zu sehr interessanten bisher nur teilweise bekannten Resultaten. Bei gesunden Nieren ist die Ausscheidung der flüssigen Bestandteile im Stehen 18 % gröſser als im Liegen, während bei den festen Bestandteilen kein Unterschied nachweisbar ist. Kranke Nieren scheiden bei aufrechter Körperhaltung mehr Flüssigkeit und mehr feste Bestandteile aus, es kann dabei zum Auftreten von Albuminurie kommen, die im Liegen wieder verschwindet. Auch auf die Ausscheidung von Jodkalium und Methylenbau hat die Körperhaltung Einfluſs. In der Diskussion zu dieser Mitteilung berichteten Thaon und Guilliot über einen Fall von orthotischer Albuminurie im Anschluſs an einen abgelaufenen Scharlach, bei dem jedesmal nach dem Aufstehen des Morgens Eiweiſs im Urin auftrat, das nach 5—6 Stunden wieder verschwand und zwar ganz unabhängig von der Körperhaltung während dieser Zeit.

Ludwig Manasse-Berlin.

Orthostatic albuminuria. Report of a case. Von H. G. Beck. Amer. Journ. of Med Scienc. Sept. 1903.)

Bei einem 25jährigen Neurastheniker fand sich Eiweiſs im Urin. Bei genauer Untersuchung zeigte es sich, daſs nur der bei Tag gelassene Harn Albumen enthielt. Im Sedimente fanden sich spärlich hyaline Zylinder. Durch roborierende Behandlung wurde der Patient vollständig geheilt.

von Hofmann-Wien.

Orthostatic albuminuria and movable kidney. Von G. A. Sutherland. (The Amer. Journ. of Med. Scient. August 1903.)

S. hat bei 40 Fällen von orthostatischer Albuminurie im Adoleszentenalter 15 mal (37,5 %) Wanderniere gefunden und glaubt daher, daſs zwischen diesen beiden Leiden ein Zusammenhang besteht. Die Einwicklung des Unterleibs mit einer breiten Flanellbinde, verbunden mit diätetischen und allgemein hygienischen Maſsnahmen hat sich in allen Fällen nützlich erwiesen.

von Hofmann-Wien.

L'influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein. Von Linossier und G. H. Lemoine. (Soc. de biol., 4. April 1903.)

Das Aufrechtstehen beeinfluſst die Niere in hohem Maſse auch unter normalen Verhältnissen. Die Sekretion wird geringer, während die Harnstoffmenge vermehrt erscheint. Sind die Nieren alteriert, so ist eine Verminderung der Flüssigkeitsausscheidung in ca. 36 %, sowie des Harnstoffes und der übrigen Bestandteile des Urins nachweisbar. Bei stärkeren Läsionen kommt es dann zur Albuminurie. Die Ursache dieser Erscheinung besteht wohl einerseits in einer Verminderung des Blutdrucks, anderseits in einem Zug bei aufrechter Stellung auf die Nierengefäſse, deren Kaliber dadurch verringert wird.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Modalité de l'élimination de l'albumine dans un cas d'albuminurie orthostatique. Von P. Thaon und A. Quillion. (Soc. de biol. 16. Mai 1903.)

Diese Erkrankung entstand im Anschlusse an eine Scarlatina. Die

Eiweifsausscheidung entstand, sobald der Patient aufstand, wurde mit jeder Miktion zunächst stärker, um dann wieder nach und nach vollständig zu verschwinden, was nach 5—6 Stunden eintrat. Dabei war es gleichgültig, ob der Kranke eine aufrechte oder eine liegende Stellung einnahm. Genau dieselbe Erscheinung zeigten hinsichtlich ihrer Quantität die Chloride. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Experimental haemoglobinuria in a case of blackwater fever. Von W. G. Ross und G. C. Low. (Brit. Med. Journ. May 16, 1903.)

Die Verf. berichten über einen 25jährigen Patienten mit Idiosynkrasie gegen Chinin, bei welchem es jedesmal nach Einnehmen dieses Mittels zu Hämoglobinurie, Schüttelfrösten und Fieber kam. Der Patient hatte in Westafrika 3 Malariaanfälle durchgemacht und war jedesmal mit Chinin behandelt worden. Der 1. Anfall von Hämoglobinurie trat ein, als der Patient einmal prophylaktisch 0,6 Chinin genommen hatte. Die Erscheinungen der Hämoglobinurie zeigten sich wenige Stunden nach Einnehmen des Chinins. von Hofmann-Wien.

Über paroxysmale Hämoglobinurie. Von E. Burckhardt. (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1903, Bd. 57, 5.)

Kälteeinwirkung sowohl wie Stauung rufen Hämoglobinurie hervor. Auch bei der Stauung ist die damit einhergehende Temperaturherabsetzung das wirksame Prinzip. Eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Blutes kann durch Infektionskrankheiten bedingt sein, besonders durch Syphilis und Malaria. Die Hämoglobinurie könnte demnach auf folgende Weise erklärt werden: Kälte und abnorme Vasomotorenerregbarkeit bewirken bei disponierten Individuen gewisse Veränderungen des Blutplasmas, wodurch anfallsweise Hämoglobin aufgelöst und durch die Nieren eliminiert wird. Therapeutisch empfehlen sich Fernhalten der Kälte, roborierende Diät, Behandlung der Syphilis oder Malaria.

Hentschel-Dresden.

Paroxysmal haemoglobinuria a child of 5 years and ten months. Von J. Mc Caw. (Brit. Med. Journ. July 18. 1903.)

Das Mädchen litt seit 2 Monaten an Schüttelfrösten. Im Anschlufs an dieselben zeigte sich blutiger Urin. Die Attacken, denen Schmerzen in den Seiten vorausgingen, traten etwa einmal in der Woche auf. Was die Ätiologie betrifft, scheint Lues im Spiele zu sein.

von Hofmann-Wien.

Recherches expérimentales et cliniques sur deux cas d'hémoglobinurie. Von Mattirolo und Tedeschi. (Compt. rend. de l'acad. de méd. de Turin. Jan. 1903. Nach La Presse méd. 1903, S. 300.)

M. und T. untersuchten das Blut beider Kranken, von denen der eine an Hämoglobinurie a frigore litt und der andere, ein Kind, hereditär syphilitisch war, während eines Anfalles und in anfallsfreier Zeit. Das Serum des ersteren agglutinierte die Blutkörperchen des Patienten selbst schwach,

stärker die eines normalen Individuums, löste die Blutkörperchen eines normalen Individuums, eines Rindes und Schweines, nicht aber die des andern Kranken auf. Während des Anfalls verminderte sich die agglutinierende und verschwand vollständig die hämolytische Eigenschaft des Serums. Bei dem andern Patienten wurden die eigenen Blutkörperchen und die gesunder Individuen nur wenig agglutiniert und überhaupt nicht aufgelöst. Während des Anfalls wurden diese Eigenschaften des Blutserums in keiner Weise modifiziert.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Hämoglobinurie, verursacht durch Autolysine. Von S. Tauber. (Wiener klin. Rundsch. 02, 51.)

Eine 35jährige Frau erkrankte nach einer gröfseren Körperanstrengung unter den Symptomen einer Tubenruptur. Die Untersuchung ergab einen prall elastischen Tumor im Douglas. Später trat unter Schüttelfrost, hohem Fieber und grofser Prostration blutiger Harn auf, dessen Sediment eine auffallend geringe Zahl von roten Blutkörperchen aufwies, so dafs man eine Hämoglobinurie annehmen mufste. Zur Erklärung dieses Vorgangse rekurriert T. auf die Lehre von der Hämolyse, welche er eingehend erörtert.

Hentschel-Dresden.

Nierenblutung und Nierenschmerzen. Von W. Klink. (Ther. d. Gegenw. 1903, S. 252.)

Ein 25jähriger Erdarbeiter, seit 2 Monaten an Gonorrhoe leidend, bekam 4 Wochen zuvor Schmerzen in der l. Nierengegend, am folgenden Tage in der rechten, die aber wieder aufhörten, um noch einige Male, aber schwächer, wiederzukehren. Seitdem enthielt der Urin Blut. Wegen Verdachts auf Blasenblutung infolge Empfindlichkeit der Blase, Harndrangs und stärkerer Bluthaltigkeit des zuletzt entleerten Urins wurde in Morphiumchloroformäthernarkose die Sectio alta gemacht, wobei die Blase sich als stark gerötet, aber sonst normal erwies, während aus dem rechten Ureter Blut flofs; Blasennaht. Wenige Tage nach der Operation hörte die Blutung vollständig auf, und der Patient genas. Es handelte sich um eine renale Blutung auf nervöser Grundlage, wobei K. es unentschieden läfst, ob die Heilung infolge der Chloroformnarkose oder infolge der suggestiven Wirkung der Operation oder infolge reflektorischer Beeinflussung der eröffneten Blase auf die Niere eintrat.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Zur Kasuistik der essentiellen Nierenblutung. Von Dr. Wulff-Hamburg. (Münch. med. Woch. 1903, Nr. 29.)

Ein 46jähriger Patient leidet seit 8 Monaten an schweren Harnblutungen; 7 Jahre zuvor scheint er das nämliche Leiden 2 Monate lang durchgemacht zu haben. Die Untersuchung ergiebt nichts anderes, als dafs cystoskopisch sich nachweisen läfst, dafs aus dem rechten Ureter dunkelrotes Blut ausströmt. Diagnostisch ist ein Tumor renis in Betracht zu ziehen „oder eine jener Nephritisformen, die auf eine Seite

beschränkt oft zu schweren Blutungen führen". Therapeutisch „konnte bei der langen Dauer fruchtloser interner Behandlung nur noch eine operative Freilegung der Niere in Frage kommen": Nephrotomie, Sekundärexstirpation. Vom 3. Tage nach der Operation blieb der Urin völlig normal; Patient ist zur Zeit wieder vollkommen gesund. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die exstirpierte Niere vollkommen gesund war, nicht die Spur von Veränderungen aufwies, welche die Blutung hätten erklären können. Gelegentlich der Operation war auch zu konstatieren gewesen, dafs eine Erkrankung des Ureters auszuschliefsen war. So könnte man denn diesen Fall als ein sicheres Beispiel einer Nierenblutung ohne jeden pathologischen Befund an der Niere hinstellen und ihn jenen 6 von Schede zusammengestellten Beobachtungen anreihen, welche — im Gegensatz zu Israels Anschauung, dafs anatomisch unveränderte Nieren niemals zu Blutungen Veranlassung geben können — Klemperers Theorie der angioneurotischen Blutungen zu stützen vermögen. Jesionek-München.

Unilateral renal haematuria. Von A. A. Eshner. (Amer. Journ. of Med. Scienc. April 1903.)

Ein 20jähriges Mädchen litt seit 12 Jahren an periodisch wiederkehrenden Schmerzanfällen in der rechten Abdominalhälfte, verbunden mit Hämaturie. Man dachte an Nephrolithiasis, legte die rechte Niere blofs, konnte aber nichts Abnormes finden. Nichtsdestoweniger hörte die Hämaturie nach dem Eingriffe auf, und die Schmerzen kehrten nicht mehr wieder. Jetzt ist seit der Operation mehr als ein Jahr verflossen. E. berichtet nun über einige ähnliche Fälle aus der Literatur und stellt folgenden Schlufssatz auf:

Es stellen sich gelegentlich, bei Männern und Frauen in gleicher Weise, meist im mittleren Lebensalter Blutungen aus einer Niere, rechts und links mit gleicher Häufigkeit, ein. Dieselben sind in vielen Fällen Folgen von nachweisbaren organischen Störungen, in anderen unbekannten Ursprungs. Solche Hämaturien können manchmal durch Blofslegen der Niere, häufig durch Nephropexie oder Nephrotomie, in verzweifelten Fällen nur durch Nephrektomie geheilt werden.

Im Anschlusse berichtet E. noch über einen Fall von geringgradiger Wanderniere, wo die bestehende Hämaturie nach Nephropexie verschwand, und einen Fall von chronischer parenchymatöser Nephritis, bei dem das Bluthamen nach Nephrotomie aufhörte. von Hofmann-Wien.

Les injections sous-cutanées de sérum gélatineux dans le traitement des hémorrhagies. Von M. Labbé und G. Froin. (La Presse méd. 1903, p. 384.)

Die Verf. haben subkutane Injektionen von 1%iger Gelatinelösung unter anderm bei einer 46jährigen Patientin mit tuberkulöser Hämaturie, wahrscheinlich infolge von Nephritis tuberc., gemacht. Trotzdem blieben die Blutungen bestehen, und die Koagulationsfähigkeit des Blutes zeigte sich, wie entnommene Blutproben ergaben, nicht wesentlich vermehrt.

Aus dieser sowie aus noch andern Beobachtungen schliefsen die Verf., dafs subkutane Injektionen von Gelatine zur Blutstillung wertlos sind; und da eine Resorption sehr langsam erfolgt, da sie schmerzhaft sind und einige Male Tetanus hervorriefen, so wünschen sie, dafs die Gelatine als Hämostatikum überhaupt gestrichen werde.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Über einen Fall von Doppelbildung der linken Niere mit Pyonephrose des einen Nierenbecken-Harnleitersystems. Von Tschudy. (Korrespdzbl. f. Schweiz. Ärzte 02, Bd. 32, 13.)

Bei einer 25jährigen graviden Frau mufste wegen schwerer, fieberhafter, von der linken Nierengegend ausgehender Anfälle die künstliche Frühgeburt eingeleitet und später die linksseitige Nephrektomie vorgenommen werden, worauf dauernde Heilung eintrat. Die exstirpierte, fast um das Doppelte vergröſserte Niere enthielt 2 vollständig getrennte Nierenbecken samt zugehörigem Ureter. Das untere war normal, das obere dagegen bildete mit dem Ureter einen faustgrofsen mit dünnem Eiter gefüllten Sack. Keine Tuberkel. Zum Schlufs bespricht T. den Entstehungsmodus, die diagnostischen Schwierigkeiten sowie die Notwendigkeit dieser Operation.

Hentschel-Dresden.

Abscedierende Perinephritis mit Durchbruch in das Pyelon. Von A. Hoff. (Wiener med. Blätter 1903, 17.)

Infolge einer Quetschung der rechten Lumbalgegend, die ein 39-jähriger Mann bei einem Strafsenbahnzusammenstofs erlitt, entwickelten sich in der r. Nierengegend Rötung und Schwellung. 6 Tage später wurde ein Urin gelassen, der fast zur Hälfte aus Eiter bestand, worauf alle Erscheinungen zurückgingen. Der Eiter war demnach in das Nierenbecken durchgebrochen, die Niere war unversehrt geblieben.

Hentschel-Dresden.

Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei Nephritis. Eine experimentelle und kritische Studie. Von Dr. Ch. Thorel, Prosektor am allg. Krankenh. in Nürnberg. (Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Band 77, S. 29, 395 u. 470.)

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die genaueren Heilungsvorgänge an den Nierenepithelien bei den Nephritiden zu verfolgen, und er bediente sich zu dem Zwecke der experimentellen Chromnephritis bei Kaninchen (hervorgerufen durch subkutane Injektion von doppeltchromsaurem Kali). Die Einzelheiten der umfassenden, mit zahlreichen Abbildungen versehenen Arbeit eignen sich selbstverständlich nicht zum kurzen Referat. Th. glaubt, um nur die Hauptsache ganz kurz zu skizzieren, den Beweis dafür erbracht zu haben, dafs die Heilung der Nephritis nicht erst, wie ja bereits von allen angenommen wurde, nach Sistierung aller eine Zellneubildung alterierender Schädlichkeiten eingeleitet wird, sondern dafs schon während der Erkrankung und speziell schon während des Verlaufes gewisser und noch progredienter chronischer

parenchymatöser und schon in Schrumpfung übergehender Nephritiden trotz aller Schädlichkeiten, histologische Veränderungen in Erscheinung treten, die, nach den Karyokinosen und den kranken Zellbesätzen und den Friedländerschen Kanälchen zu schliefsen, als Heiltendenzen zu betrachten sind. So beobachtete Th. schon am 2. Tage der Vergiftung Aufspeichern von Mitosen an den noch erhaltenen und gesund gebliebenen Epithelien. G. Zuelzer.

Über das Fehlen von Zylindern im Urin von Nephritikern. Von Dr. Treutlein. Aus der Klinik von Leube in Würzburg. (Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 35.)

Die Beobachtung, dafs in Fällen ausgesprochener Nephritis im Harne Zylinder fehlen können, hat T. veranlafst, auf experimentellem Wege nachzuforschen, worin die Erklärung dieses Phänomens zu suchen sei. Die Nachprüfung der Sehrwaldschen Untersuchungen ergab zunächst, dafs das Nichtvorhandensein resp. die Auflösung der Zylinder doch wohl kaum auf Pepsinwirkung zurückzuführen sei. Auch Leukocyten einer gleichzeitig vorhandenen Cystitis, welche eventuell ins Nierenbecken und in die Harnkanälchen aszendiert sein könnten, haben nach den Versuchen T.s nicht die Fähigkeit, Zylinder aufzulösen. Die „Zylindrolyse“ wird nach T. bewirkt durch die Einwirkung von Bakterien (Bact. coli), und zwar kann dies bei gleichzeitig vorhandener Cystitis entweder erst in der Blase oder mit gröfserer Wahrscheinlichkeit durch Ascendierung des Bacterium coli schon im Nierenbecken oder den Harnkanälchen geschehen; die Fermente des Bacterium coli allein vermögen die Zylinder nicht aufzulösen. Jesionek-München.

Die Sekretionsarbeit der kranken Niere. Von F. Soetbeer. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. XXXV, S. 85.)

Verf. hat bei drei Fällen von Nierenerkrankungen und zwar je einem Falle von akuter parenchymatöser, chronischer interstitieller Nephritis und amyloider Degeneration genaue Analysen des Urines angestellt, um die funktionelle Leistungsfähigkeit des erkrankten Organes festzustellen. Die Untersuchungen erstreckten sich auf Ausscheidung von Wasser, stickstoffhaltigen Bestandteilen, Mineralbestandteilen und abnormen Stoffen. Bei akuter Nephritis und amyloider Degeneration ist die täglich geleistete Arbeit der kranken Niere eine bedeutend verringerte; bei interstitieller Nephritis ist die Arbeitsleistung zeitweise eine normale, nur die regelmäfsige Ausscheidung der Harnsäure fehlt. Während bei den beiden ersteren Erkrankungsformen die verminderte Ausscheidung der Mineralbestandteile durch eine Überausscheidung am nächsten Tage kompensiert wird, sind bei der Ausscheidung der N-haltigen Stoffe die Perioden der Retention und Überausscheidung bedeutend gröfsere. Daraus folgt, dafs die N-haltigen Stoffe als Ursache der Urämie viel eher in Betracht kommen als die Mineralbestandteile.

Dreysel-Leipzig.



Über Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis und deren Behandlung. Von E. Schlechtendahl. (Wiener klin. Rundschau Nr. 32 und 33. 03.

S. kommt zu folgenden Schlüssen:

Es kann die Syphilis in einzelnen Fällen bei ganz gesunden Nieren eine akute Nephritis hervorrufen.

Eine leichte Schädigung des Nierenepithels durch die Syphilis ist ein häufiges Vorkommnis, welches sich jedoch meist nicht durch klinische Erscheinungen bemerkbar macht.

Bei der Quecksilberbehandlung läſst sich diese leichte Schädigung des Nierenepithels erkennen, da das Quecksilber die durch die Syphilis veränderten Zellen für den weiteren Lebensprozeſs ungeeignet macht und zur Ausscheidung bringt.

Das Quecksilber ruft keine Nierenreizung bei vorher ganz gesunden Nieren hervor; es wirkt nur auf die durch Syphilis geschädigten Zellen.

Bei Nephritis syphilitica ist das Quecksilber als spezifisches Heilmittel anzuwenden. von Hofmann-Wien.

A case of Banti's disease with diffuse productive nephritis. Von C. W. Field. (Amer. Journ. of Med. Scienc. March 1903.)

Die 32jährige Patientin litt seit 3 Jahren an Gastrointestinalerscheinungen, welche für Magengeschwüre gehalten wurden. Seit 1 Jahre bestanden Ödeme der unteren Extremitäten. Bei der Untersuchung fand man ein systolisches Geräusch an der Herzspitze. Die Milz, nahezu die ganze linke Abdominalhälfte einnehmend. Im Abdomen freie Flüssigkeit. Im Urin etwas Eiweiſs, kein Zucker, kein Gallenfarbstoff. Im Sediment harnsaures Natron und rote Blutkörperchen. Bei der Autopsie fand man eine Insuffizienz der Mitralis, Milztumor, eine diffus hypertrophische Cirrhose der Leber jüngeren Datums und diffuse, produktive, interstitielle Nephritis. von Hofmann-Wien.

Zur Diagnose chronisch-nephritischer Prozesse. Von Dr. Schwarzkopf. Aus der med. Klinik Krehls in Tübingen. (Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 35.)

An der Hand von 5 Krankengeschichten weist Sch. auf jene Fälle von Zylindurie hin, welche man als chronische Nephritiden aufzufassen hat, wenn auch eine gleichzeitige Albuminurie nicht nachzuweisen ist. Therapeutisch und besonders prognostisch kommt der Zylindurie für die Frühdiagnose der chronischen Nephritis eine gröſsere Bedeutung zu, als man ihr im allgemeinen bislang zuerkannt zu haben scheint.

Jesionek-München.

Néphrite chronique hématurique. Von Rafin. (Lyon médical 1903, 15.)

Ein 37jähriger Mann leidet seit fast 10 Jahren an Nierenbluten; im Urin Eiweiſs 0,5, keine Zylinder, bei cystoskopischer Untersuchung deutliche Blutung aus dem linken Ureter. Die Nephrotomie ergiebt

weder Tuberkulose, noch Krebs oder Stein. Die Untersuchung eines exzidierten Nierenstückchens führt zu der Diagnose: Nephritis chronica mit Blutungen infolge einer aszendierenden Gonorrhoe.

Hentschel-Dresden.

Vegetabilische Nahrung und Getränke bei Gicht und Nephritis. Von J. Walker Hall. (Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 38.)

Die Ansicht weiter Kreise, dafs man bei Gicht und Nephritis ohne jedes Bedenken alle vegetabilischen Nahrungsmittel verabreichen könne, hat Verf. veranlafst, eine gröfsere Anzahl der letzteren, sowie der gebräuchlichen Getränke auf ihren Puringehalt zu untersuchen, da nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse es sehr wahrscheinlich ist, dafs die Purinkörper mit der Harnsäurebildung in ursächlichem Zusammenhange stehen und somit bei Gicht und Nierenleiden schädlich wirken. Es ergab sich, dafs eine grofse Anzahl von Vegetabilien, so z. B. Weifsbrot, Reis, grüne Gemüse, Kartoffeln, nur Spuren von Purinstoffen enthält, somit für eine purinfreie Diät geeignet ist — übrigens gehören Milch, Eier, Käse, Butter ebenfalls in diese Kategorie —, während andere einen nicht unerheblichen Gehalt an solchen haben und sich für Gichtiker und Nephritiker nicht eignen; hierzu gehören besonders Hafermehl und Bohnen, in geringerem Grade Zwiebeln und Spargel. Von Getränken gehören in die letztere Kategorie alle Sorten von Bier, die eine erhebliche Menge von Purinkörpern enthalten und demgemäfs, auch nach vorausgegangenem Abdestillieren des Alkohols, eine Vermehrung der Harnpurine bewirken.

Paul Cohn-Berlin.

Über die Wirkung von Diuretin und Agurin auf die Harnwege. Von A. Mosauer. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. 03.

M. fand bei 99 Harnuntersuchungen nach Diuretinverabreichung 20 mal hyaline Zylinder, welche 3 mal mit leichter Albuminurie verbunden waren. 2 mal bestand geringgradige Albuminurie ohne Zylindrurie. Bei 24 Harnuntersuchungen nach Agurinverabreichung fand er 4 mal Cylinder und 1 mal Albuminurie ohne Zylindrurie. M. schliefst daher, dafs diesen beiden Medikamenten nicht selten eine stärkere nierenreizende Wirkung zukommt und dafs aus diesem Grunde bei längerem Gebrauche eine gewisse Vorsicht, namentlich bei Nierenkranken, geboten ist.

von Hofmann-Wien.

Contre l'albuminurie. Von Lyon et Loiseau. (Le progr. médical 1903, 15.)

Empfohlen wird: Strontii lactici 5,0
Syrup. cort. Aur. 50,0
Aq. dest. 100,0
MDs 5—6 Efsl. tägl.

Hentschel-Dresden.

Ein Fall von Niereneiterung. Von W. Alter. (Dtsch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 30.)

Bei einem Patienten, der mit den Erscheinungen eines Blasen-

katarrhs in die Provinzialirrenanstalt zu Leubus aufgenommen wurde, stellten sich alsbald Zeichen eines schweren septischen Fiebers mit Temperaturen bis 41°, Schüttelfrösten und Bewuſstseinsstörungen ein. Alles deutete auf eine schwere Affektion der rechten Niere mit Beteiligung der rechten Pleurahöhle (Pleuritis) hin. Im Urin fanden sich Blut, weiſse und rote Blutkörperchen, hyaline Blut- und Fibrincylinder zum Teil mit Bakterien besetzt. Wiederholt konnten darin auch massenhaft Pneumokokken nachgewiesen werden. Es entwickelte sich im rechten Hypochondrium eine kleinapfelgroſse ganz indolente Resistenz, von der aus ein dicker deutlich fühlbarer Strang nach abwärts zog, diese Resistenz rückte allmählich bis zur rechten Beckenschaufel vor.

Ganz urplötzlich verschwand diese Resistenz und kurz darauf entleerte der Patient unter heftigen Schmerzen mehrere bis linsengroſse Gewebsfetzen, die bei der späteren Untersuchung als Sequester der Niere aus der Mark- und Rindenregion erkannt wurden.

Der Patient genas schlieſslich nach mehreren Wechselfällen im Verlauf der Rekonvaleszenz; auch der Urin wurde bis auf die Zeichen eines leichten Katarrhs wieder normal.

Die später vorgenommene cystoskopische Untersuchung lieſs in der Umgebung des rechten Ureters, der weit klaffte, intensiv gerötete, granulationsähnliche Knöpfchen erkennen. Der rechte Ureter ging leer, während der linke klaren Urin entleerte.

Der vorstehend mitgeteilte Fall ist bemerkenswert wegen der zum ersten Mal mit Sicherheit nachgewiesenen Abstoſsung eines Nierensequesters, die zustande gekommen war durch eine Pneumokokkeninfektion des rechten oberen Harntraktus.

Der Autor ist geneigt, den günstigen Ausgang des Falles im wesentlichen auf die Anwendung von Collargol zurückzuführen. Sicher ist, daſs jedesmal einer solchen Injektion ein auffallendes Absinken der Temperatur und Besserung des Allgemeinbefindens folgte. Man wird nach der Ansicht des Verfassers an den therapeutischen Erfolg des Mittels um so mehr glauben dürfen, als auch sonst sein günstiger Einfluſs auf septische Prozesse beobaehtet wurde. Ludwig Manasse-Berlin.

Ein Fall von gekreuzter Dystopie der Niere mit Lageveränderungen in den Geschlechtswerkzeugen. Von S. von Schumacher. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29, 1903.)

Bei einem 2 monatlichen, an Pneumonie verstorbenen Kinde lag die rechte Niere und Nebenniere, sowie die linke Nebenniere an normaler Stelle, die linke Niere hingegen lag in der rechten Darmbeingrube und war daselbst durch das Peritoneum parietale fixiert. Dieselbe erschien von vorn nach hinten eiförmig abgeplattet und war etwas kleiner als die an normaler Stelle liegende. Der rechte Ureter war seitlich verschoben, der linke verlief zunächst von rechts nach links, bildete dann eine spitzwinklige Abknickung nach abwärts und mündete dann an normaler Stelle in die Blase. Die linke Nierenarterie spaltete sich in 2 Hauptäste, die Venen verlieſsen die linke Niere in 5 Haupt-

ästen. Der Uterus war nach rechts verlagert und um seine Achse gedreht. Außerdem bestanden Veränderungen im Verlauf der Tuben und in der Lage der Ovarien. von Hofmann-Wien.

Über Dystopie der Niere in klinisch-gynäkologischer Beziehung. Von O. Engström. (Ztschr. f. klin. Med. 1903, Bd. 49, 1—4.)

Nach Besprechung der Pathogenese der Nierendystopie schildert Verf., welcher Art und wie mannigfach und erheblich die Schwierigkeiten sein können, die eine richtige Diagnosenstellung unmöglich machen. Auch die Folgeerscheinungen einer Nierendystopie sind recht beträchtlich. Sie verursacht der Trägerin Schmerzen, sie kann durch Druck auf große Venenstämme Stase und Thrombose, durch Irritation des Rektums schwere Obstruktion hervorrufen. Eine wie ernste Bedeutung eine im kleinen Becken liegende Niere für den Geburtsakt haben kann, ist ohne weiteres ersichtlich. Die Exstirpation ist nur bei unerträglichen Schmerzen, die eine Schädigung des Allgemeinbefindens veranlassen, vorzunehmen, Intaktheit der anderen Niere vorausgesetzt.

Hentschel-Dresden.

Die bewegliche Niere und ihre Anteversion. Von F. Wehrmann. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1902, Nr. 17 u. 18.)

Aus seinen Sektionsbefunden glaubt Verf. schliefsen zu müssen, dafs die Niere physiologisch nicht beweglich sei, dafs sie sich höchstens bei sehr hoher Lagerung, bei tiefer Inspiration mit dem oberen Pole etwas nach vorn neigen könne. Die Lage der Niere ist normaler Weise sehr verschieden. Ihre Palpierbarkeit hängt ab von ihrer Lage und von der Beschaffenheit der Bauchdecken. Eine palpierbare Niere braucht noch keineswegs eine abnorm bewegliche Niere zu sein, das Organ mufs sich vielmehr auch verschieben lassen. Bei Ren mobilis legen sich im Stehen die Nierenpole, und zwar vor allem der obere, nach vorn über. Die Ursache hierfür ist die Leber.

Verf. rät, bei Nephropexie die Niere nicht zu hoch zu befestigen, da sie bei hoher Lagerung dem Druck der Leber ausgesetzt ist.

Dreysel-Leipzig.

Über die Resultate der Nephropexie bei Wanderniere. Von Subbotin. (Russki Wratsch 1903, 18.)

S. berichtet über eine Patientin, bei der mit einer Pause von 10 Monaten die beiderseitige Nephropexie vorgenommen wurde mit Legung der Naht durch das Nierenparenchym. In der Diskussion erwähnen Minin und Wreden, dafs in ihren Fällen die Niere auch bis heute fixiert geblieben ist, seit 8 bezw. 2 Jahren, wenn die Naht nur die Kapsel gefafst hat. Hentschel-Dresden.

Nephropexy in a case of chronic nephritis. Von J. N. Henry. (Amer. Journ. of Med. Scienc. Sept. 1903.)

Bei dem 24 jährigen Patienten waren vor 2 Monaten Ödeme auf-

getreten. Seit 6 Wochen bestanden Sehstörungen, Kopfschmerzen und Erbrechen. Der Urin enthielt reichlich Eiweifs, hyaline und granulierte Zylinder. Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigte das Bestehen einer Retinitis albuminurica. Es wurden daher 5 Wochen später die Nieren blofsgelegt und ihre Kapsel nach Edebohls abgelöst. Es trat keine Besserung ein und der Patient starb eine Woche nach der Operation. H. glaubt, dafs an dem Mifserfolg der Umstand die Schuld trage, dafs die Kapsel zu wenig abgelöst wurde. von Hofmann-Wien.

The technic of nephropexy, with special reference to a method of attaching the kidney as nearly as possible in its normal position. Von R. Guiteras. (Med. Record April 11, 1903.)

G. macht eine hintere vertikale Incision, befreit die Niere von ihrer Fettkapsel und zieht sie in die Lumbarwunde vor. Hierauf wird die fibröse Kapsel über der Konvexität incidiert und an der Hinterfläche zur Hälfte abgelöst. Die hintere Abdominalwand wird nun an der Stelle, an welcher die Niere fixiert werden soll, durch Reiben mit einer Bürste u. s. w. aufgefrischt. Es wird nun die Niere durch zwei Catgutnähte, welche durch die Umschlagsstelle der Kapsel gehen, an der hinteren Abdominalwand fixiert. Der vordere, nicht abgelöste Anteil der Kapsel wird ebenfalls durch zwei unterhalb der Kapsel nach rückwärts verlaufende Nähte fixiert. von Hofmann-Wien.

Beitrag zur Kasuistik der subkutanen Nierenquetschungen. Von Dr. Bechtold aus der chir. Privatklinik von Sanitätsrat Dr. Bockenheimer. (Münch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 32.)

Den 2 Beobachtungen von Dr. G. Schmidt in Nr. 17 der Münch. med. Wochenschr. reiht B. drei weitere Fälle an, die gleichfalls einen günstigen Ablauf genommen haben, welch letzteres Moment gegenüber der von Maas und Küster verzeichneten Mortalität von c. 40—50% besondere Beachtung verdient. Dabei handelt es sich in dem einen Falle um einen 85jährigen Patienten, der überfahren worden war, in dem dritten Falle um einen Patienten, der schon einmal, 4 Monate zuvor, eine ziemlich schwere Nierenquetschung überstanden hatte.

Bei zwei der Fälle war eine Rippenfraktur nicht nachweisbar, und hier ist B. geneigt, an eine Sprengwirkung durch hydraulische Pressung (Küster) zu denken. Die 20stündige Urinverhaltung in dem einen Falle fafst B. als reflektorische Anurie auf im Anschlufs an die Verstopfung des einen Ureters durch Blutgerinnsel; diese kurzdauernde Urinretention hatte eine rasch vorübergehende traumatische Nephritis zur Folge gehabt, eine Komplikation der Nierenverletzung, die relativ selten beschrieben worden ist. Jesionek-München.

Des ruptures traumatiques, intrapéritonéales du rein. Von N. Pétroff. (Thèse de Lyon 01.)

Es giebt 2 Arten von Nierenverletzungen: 1. extraperitoneale Rupturen (Kontusionen), 2. intraperitoneale, d. h. subkutane Rupturen

mit Zerreifsung des Bauchfells und blutigem oder urinösem Ergufs in die Peritonealhöhle. Symptome der ersteren sind: Hämaturie, Lendenschmerz, Lendentumor. Hierzu kommen bei der intraperitonealen Ruptur generalisierter Abdominalschmerz, Auftreibung des Leibes, dumpfer Schall in den Seiten (infolge des Blutergusses); von Allgemeinsymptomen: Erbrechen, Obstipation, kleiner Puls, veränderte Respiration. Peritonitis ist unvermeidlich Hinsichtlich der Therapie verspricht eine möglichst rasche chirurgische Intervention den besten Erfolg. Die verletzte Niere mufs meist sofort entfernt werden. Hentschel-Dresden.

Traitement des plaies du rein. Von Boari. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 13.)

Beschrieben wird ein Fall von Nierenverletzung, wobei durch ein Messer die linke Niere transversal in zwei Teile geschnitten war, die nur noch am Hilus durch einen Teil des Nierenbeckens zusammenhingen. Das obere Segment fing bereits an gangränös zu werden und konnte nicht erhalten bleiben, das untere hatte normales Aussehen. Da indessen das Nierenbecken ebenfalls durchschnitten war, so wäre bei Konservierung des unteren Segmentes eine permanente Nierenfistel zu erwarten gewesen, weshalb die Nephrektomie vorgezogen wurde. Verf. knüpft an diesen Fall Betrachtungen über Nierenverletzungen im allgemeinen. Er berücksichtigt besonders die Frage, ob nach Entfernung eines Teils der Niere der Rest erhalten und funktionsfähig bleiben kann. Er hat hierzu auch Experimente an Hunden angestellt und die Überzeugung gewonnen, dafs die Niere eine grofse Toleranz für Verletzungen hat, dafs auch das abgetrennte Fragment weiterlebt, wenn es nur mit dem Reste des Organs durch die Kapsel und eine kleine Brücke von Parenchym verbunden bleibt. Die schwersten Fälle sind die, bei denen sich zur transversalen Durchschneidung eine Verletzung des Beckens gesellt. Am Nierenbecken ist die Blutversorgung des Nierengewebes nicht so reichlich wie an der Konvexität an der Kapsel, es kommt daher leichter zur Nekrose, die noch begünstigt wird durch die Benetzung mit Urin. Verf. kommt zu dem Schlufs, dafs die Therapie bei Nierenverletzungen, besonders solchen mit Schnittverletzungen, im allgemeinen konservativ sein soll.

Schlodtmann-Berlin.

Traumatischer Infarkt bei subkutaner Nierenruptur. Von Stabsarzt Privatdozent Dr. Schönwerth in München. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 34.)

Bei einem Soldaten kam es nach einem Hutschlag gegen die linke Nierengegend zu den Erscheinunge neiner subkutanen Nierenzerreifsung — Schmerzhaftigkeit und Dämpfung in der betroffenen Gegend daneben Harnverhaltung, im Urin Blut. Am vierten Tage trat Schüttelfrost und hohes Fieber ein, deshalb wurde unter der Annahme einer beginnenden Vereiterung des Blutergusses die Niere freigelegt und offene Wundbehandlung eingeleitet; es trat aber zunächst keine Entfieberung ein, weil eine Pneumonie des linken Unterlappens sich ausgebildet hatte.

Nach Rückgang dieser Pneumonie trat allmählich Besserung und vollständige Heilung ein. Bemerkenswert ist der Befund in der verletzten Niere. Nach der Eröffnung der prall gespannten Fettkapsel entleerten sich etwa $^3/_4$ Liter geronnenen Blutes. Die Niere war vergröfsert, stark cyanotisch. Über die Mitte der Niere verliefen dorsal und ventral 2 cm lange 1 cm tiefe unregelmäfsig gestaltete Wunden. Getrennt von diesen Wunden fand sich ein keilförmiger Infarkt mit der Basis nach dem Rande von rotgelblicher Farbe.

In der Epikrise des Falles wirft Verf. die Frage auf, ob nicht eine Nephrektomie am Platze gewesen wäre, es hätten mehrere Momente dafür gesprochen; er hätte sie unterlassen, weil er nicht so viel funktionsfähiges Nierenmaterial opfern wollte, er hätte aber weiter die Frage ventilieren müssen, ob nicht ein rein exspektatives Verfahren erst recht am Platze gewesen wäre. Ludwig-Manasse-Berlin.

Renal decapsulation for puerperal eclampsis. Von G. M. Edebohls. (Amer. Gynecol. Soc. May 12—14 1903. Amer. Gynecology. July 1903.)

E. führte bei einer Primipara 2 Tage nach dem Accoùchement forcé die doppelseitige Dekapsulation aus. Die Konvulsionen hatten vor Eintritt der Wehen begonnen, hatten nach dem Accouchement forcé durch 46 Stunden aufgehört, waren aber dann wieder aufgetreten. Erst nach der Operation verschwanden sie vollständig. E. glaubt, dafs dies die erste wegen Eklampsie an der Niere unternommene Operation sei.

G. T. Harrison meint, dafs die Methode nicht häufig zur Anwendung werde kommen können, da nur wenige Fälle von Eklampsie nephritischen Ursprungs seien. von Hofmann-Wien.

Sur la décapsulation des reins dans les néphrites médicales. Von H. Claude. (Le progr. médic. 1903, 21.)

Die Abtrennung der Nierenkapsel bewirkt ein Verschwinden der ödematösen Kongestion, der Hauptveränderung bei urämischen Anfällen, und schafft neue Ableitungswege für die meist durch Sklerose oder Stauung verlegbaren Nierengefäfse. Die Indikation für diese Operation sind demnach: akute Nephritis mit Oligurie, Anurie und urämischen Symptomen, Nephritiden mit Hämaturie und starken Schmerzen. In Frage kommt sie ferner bei der arteriosklerotischen Schrumpfniere und bei langdauernder Nephritis. Vor der Operation ist stets die Kryoskopie vorzunehmen. Hentschel-Dresden.

Du traitement chirurgical des néphrites. Von Patel und Cavaillon. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 18.)

Im Anschlufs an die Beschreibung eines Falles von einseitiger chronischer Nephritis mit Nephralgie, welcher durch chirurgischen Eingriff und zwar nach Entfernung der Nierenkapsel ausheilte, werden die Erfahrungen, welche man bisher mit der chirurgischen Behandlung des Morbus Brightii gemacht hat, besprochen. Verf. stellen die Indikation und Kontraindikation und erläutern kritisch die verschiedenen Operations-

verfahren und deren theoretische Grundlagen. Am besten bewährt hat sich die Kapsulektomie. Die fibröse Kapsel komprimiert die kongestionierte Niere, verhindert Gefäfsverbindungen der Nierenkapillaren mit Nachbargebieten. Die Entfernung der Kapsel sorgt daher nicht nur für Dekongestionierung, sondern führt auch zu Verbesserung der Blutversorgung und dadurch zur definitiven Heilung.

Schlodtmann-Berlin.

Nierenexstirpation bei einem 8 monatlichen Kinde. Von Holländer-Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 34. Vereinsb.)

Im Verein für innere Medizin demonstriert H. die Niere eines 8 monatlichen Kindes, die mit multiplen, vielfach konfluierenden Abscessen durchsetzt war. Das Kind hatte $2^1/_2$ Monate Hämaturie, dann stellte sich Eiterabgang mit dem Urin unter hohem Fieber ein. Nach der Nierenexstirpation genas das Kind. Die Diagnose war schon vor der Operation zweifelhaft, ist aber auch durch sie nicht genügend aufgehellt worden. H. ist geneigt, Barlow'sche Krankheit anzunehmen, zu der eine einseitige aufsteigende Infektion hinzugekommen wäre.

Ludwig Manasse-Berlin.

Diagnostic des calculs du rein et de l'uretère. Von Guyon. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 14.)

Ein klinischer Vortrag behandelt die Diagnostik der Nieren- und Ureterensteine. Schmerz und Hämaturie sind die wichtigsten Symptome, begründen aber beide keine sichere Diagnose, da sie auch bei anderen Zuständen vorkommen. Trotzdem sind es sehr wertvolle Anzeichen, die bei näherem Studium mancherlei Charakteristisches erkennen lassen. Ein besonderer Abschnitt beschäftigt sich mit der Diagnose des Sitzes des Steines, ob in der Niere oder im Ureter. Zum Schlusse wird das Röntgenverfahren hinsichtlich seiner Verwertbarkeit für die Nierenstein-Diagnose einer würdigenden Besprechung unterzogen.

Schlodtmann-Berlin.

Vibrationsmassage zur Durchtreibung von Nierensteinen. Von Klemperer. (Therapie der Gegenwart 1902, Okt.)

Verf. bedient sich zur mechanischen Erschütterung der Nierengegend der Vibrationsmassage. Diese wird in der Höhe der oberen Lendenwirbel eine Woche lang täglich 2 Min. lang ausgeführt. Neue Koliken sind häufig die Folge. Unter 10 Fällen wurde bei 6 der Stein ausgeschieden.

Dreysel-Leipzig.

Volumineux calcul du rein ayant simulé un phlégmon périnéphretique primitif. Von Souques und Morel. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1903, p. 405.)

Der 39 jährige Patient war bereits vor 4 Jahren plötzlich unter Schmerzen in der r. Lumbargegend mit hohem Fieber erkrankt. Die Lumbargegend war geschwollen und sehr schmerzhaft, sodafs ein perine-

phritischer Abszefs diagnostiziert wurde. Der Urin wurde plötzlich eitrig, die Temperatur sank, und die übrigen Erscheinungen gingen zurück, sodafs der Abszefs sich durch die Niere entleert zu haben schien. Nach ca. 8 Tagen wurde der Urin klar, und der Patient konnte als geheilt entlassen werden. Vor etwa 8 Monaten stellten sich nach und nach wieder die früheren Beschwerden auf der r. Lumbarseite ein, diesmal war der Urin eitrig. Wieder wurde die Erkrankung als perinephritischer Abszefs aufgefafst, und dieser sollte operiert werden, als plötzlich sich die Erscheinungen einer Landryschen Paralyse mit Lähmung der 4 Extremitäten und des Rumpfes einstellten, unter welchen der Patient nach 24 Stunden starb. Die Obduktion ergab einen mächtigen, zum kleinern Teile aus Uraten, zum gröfsern Teile aus Phosphaten und Karbonaten bestehenden Stein, der das Nierenbecken ausfüllte und Verzweigungen ins Nierengewebe hineinschickte. Die Verästelungen des Steines im Nierengewebe waren von Abszefsherden umgeben. Ein perinephritischer Abszefs bestand jedoch nicht.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

De la colique néphrétique. Von D'Hoenens. (Le Progrès méd. belge 1902, 15. Dez.)

Verf. erinnert daran, dafs Nierenkoliken auch durch andere Ursachen als Steine hervorgerufen werden können. Bei einem Falle H.s waren sie die Folge einer Tuberkulose in der Rindensubstanz der Niere, bei einem anderen traten sie im Verlaufe einer Nephritis auf. Bei manchen Fällen läfst sich am Nierengewebe keinerlei Abnormität nachweisen. Die Nephrotomie bringt in derartigen Fällen vielfach Erleichterung.

Dreysel-Leipzig.

The surgical treatment of anuria. Von A. D. Bevan. (Chicago Surg. Soc. 1903, 5. Jan.)

Verf. bespricht zunächst die Ätiologie der Anurie. Nach ihm handelt es sich bei dieser nicht um eine selbständige Krankheit, sondern nur um ein Symptom. B. unterscheidet dreierlei Formen: 1. die durch eine Verlegung des Ureters entstandene, 2. die reflektorische oder paralytische, 3. die durch eine Erkrankung der Nieren verursachte Anurie. Eine chirurgische Behandlung ist bei den beiden ersteren Formen unbedingt nötig, bei der letzteren bisweilen von Vorteil. Die Nephrotomie ist bei den zwei ersteren Arten die Operation der Wahl; nötigenfalls mufs die Nephrotomie auf beiden Seiten ausgeführt werden. Zeitraubende, auf endgültige Beseitigung der Anurie hinzielende Operationen müssen verschoben werden, bis sich der Kranke erholt hat. Der Eingriff hat am 3. Tage der Anurie zu geschehen. Dreysel-Leipzig.

Beitrag zur Behandlung der sogenannten kalkulösen Anurie. Beitrag zur Pathologie der reflektorischen Anurie. Von Krebs. (Russki Wratsch 1903, 18.)

In allen Fällen von Anurie, in denen Verstopfung durch Steine ver-

mutet wird, ist sofort nach Injektion von heifsem Öl oder Glyzerin in den Ureter der Katheter einzuführen und mit diesem der Stein nach dem Nierenbecken zu stofsen. Erscheint dann kein Harn, so mufs der zweite Ureter sondiert werden, da eine beiderseitige Verstopfung bestehen kann, oder da eine alte Verstopfung in dem einen Ureter Anurie hervorrufen kann, sobald im andern Ureter ein Stein eingeklemmt wird. Jede Striktur in den Ureteren mufs rechtzeitig erweitert werden, sobald Verdacht auf Nierensteine vorliegt, um einer etwaigen Einklemmung mit ihren gefährlichen Folgen vorzubeugeu. Hentschel-Dresden.

Cistite calcolosa di origine renale. (Gazz. degli osp. e delle clin. 03, 12.)

Bei heftigen Schmerzen im akuten Stadium werden empfohlen: Bettruhe, Morphiuminjektionen, später Opium-Belladonnasuppositorien, heifse Rektalspülungen (45°), warmes Vollbad (36°), Lithium carb.-Wasser, Piperazin und Sidonal. Die wegen der schmerzhaften Blasenkontraktionen anfangs herabgesetzte Flüssigkeit kann allmählich erhöht werden. Blasenspülungen sind bei der Lithiasis der Blase renalen Ursprunges selten erforderlich. Hentschel-Dresden.

Du danger de baser sur l'examen bactériologique seul le diagnostic et les indications opératoires dans la tuberculose rénale. Von Bazy. (Soc. de chir. 8. Juli 1903. Nach La Presse méd. 1903, p. 516.)

Bei einem jungen Manne waren vor $2^1/_2$ Jahren im Urin der l. Niere, der von anderer Seite mittelst Ureterenkatheterismus aufgefangen worden war, Tuberkelbazillen nachgewiesen worden und daher die Nephrektomie vorgeschlagen worden. B., der daraufhin konsultiert wurde, weigerte sich zu operieren, weil die Indikationen zur Operation, wie Schmerzen, Hämaturie, fehlten, und weil zwar Tuberkelbazillen ähnliche Mikrobien im Urin gefunden wurden, deren Impfung auf Meerschweinchen aber absolut negativ ausfiel. Unter allgemein diätetischer und medikamentöser Behandlung heilte die Krankheit aus, sodafs also wahrscheinlich der Patient überhaupt nicht tuberkulös erkrankt war.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Le varicocèle dans les tumeurs du rein. Von Rafin. (Lyon méd. 1903, 12.)

Die Häufigkeit der Varikocele bei Nierengeschwülsten hat wahrscheinlich ihren Grund in einer Kompression des oberen Teiles der Vena spermatica sowohl durch den Nierentumor selbst, als auch durch degenerierte und hypertrophische Lymphdrüsen. Doch sind neuerdings auch Fälle von symptomatischer Varikocele ohne erkrankte Lymphdrüsen bekannt geworden. Im Anschlufs hieran berichtet R. über 3 Fälle von Nierengeschwülsten. Im 2. Falle fand sich bei der Sektion eine frische Varikocele infolge Kompression der Vena spermatica durch eine nufsgrofse krebsige Drüse. Hentschel-Dresden.

Gomme du rein. Von P. Halbron. (Bull. de la soc. anat de Paris 1903, p. 291.)

Der Patient, der vor 41 Jahren sich syphilitisch infiziert hatte, ging infolge Tabes dors. zugrunde. Bei der Autopsie wurde eine verkäste mandarinengrofse Gummigeschwulst gefunden, welche den oberen Pol der r. Niere einnahm. Bemerkenswert an dem Fall ist einmal, dafs andre Organe keine gummösen Veränderungen zeigen, und dann, dafs sie sich klinisch nicht bemerkbar gemacht hatte.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Ligature de l'uretère dans le cancer du rein. Von Jaboulay. (Lyon médic. 1903, 13.)

J. hat in einem Falle von Nierenkrebs den Ureter unterbunden, um dadurch die Niere samt dem Karzinom zur Atrophie zu bringen, nach Analogie der geschlossenen Hydronephrosen, in denen neben der Bildung von Bindegewebe die rasche Atrophie des Nierenepithels das Organ zum Schwunde bringt. Hentschel-Dresden.

Tumeur périrénale. Von Albarran. (Le progr. méd. 1903, 6.)

Bei einem Mädchen von zehn Monaten wurde wegen eines Tumors im rechten Abdomen die Laparotomie gemacht. Der vermeintliche Nierentumor erwies sich als eine grofse polycystische Masse, über welcher die Niere lag. Der exstirpierte Tumor bestand aus unendlich vielen, eine gelbliche Flüssigkeit enthaltenden Cysten mit myxomatösen Wänden.

Hentschel-Dresden.

3. Erkrankungen der Harnblase und der Harnleiter.

Une observation de cystocèle crurale chez l'homme. Von Sorel. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 13.)

Der seltene Fall einer rechtsseitigen Cruralhernie der Blase bei einem Manne wird beschrieben. Wie in den meisten derartigen Fällen hatte auch hier kein Symptom von seiten der Blase auf die Art der Hernie hingedeutet, und die Diagnose wurde somit erst bei der Operation gestellt. Die Radikaloperation liefs sich leicht ausführen.

Schlodtmann-Berlin.

Blasenhernie. Von G. Baroni. (La Riforma Med. 1902, 19. Dez.)

Blasenhernien sind nicht allzu selten, nur werden sie wegen der schwierigen Diagnose häufig nicht erkannt. Verf. berichtet über 8 Fälle. Die Symptome teilt er ein in objektive und funktionelle. Die ersteren wechseln sehr, je nachdem die Hernie eine einfache Cystocele, oder eine Cystoenterocele ist. Im ersteren Falle ist der Tumor im leeren Zustande weich, im gefüllten gespannt und fluktuierend; er ist fast immer reponibel; Druck ruft Harndrang hervor. Die funktionellen Symptome bestehen in Harndrang und häufiger Entleerung geringer Mengen Urin. Schmerzen

in der Nierengegend der betreffenden Seite hat Verf. auch bisweilen beobachtet. Die Behandlung kann eine palliative, Reposition und Tragen einer Bandage, sie kann auch eine radikale, d. h. operative, sein.

Dreysel-Leipzig.

Enuresis und Argentum nitr. Von C. Delfosse. (Jour. Sci. Méd. de Lille 1902, 1. Nov.)

Verf. hat bei einigen Fällen von Enuresis, bei denen Belladonna erfolglos geblieben war, Instillationen von Arg. nitr. in die Harnröhre angewandt. Nach vorausgegangener Spülung träufelt er 10 Tr. einer Lösung von 1:30 ein, bei ausbleibendem Erfolge nochmals 15—20 Tr. Ein dreimaliges Einträufeln war nur bei einem Falle nötig.

Dreysel-Leipzig.

Harnzersetzung durch Colibazillus. Von N. Paton. (Journ. of pathology and bacteriol. 1902, Sept.)

Das Bakt. coli ist eine häufige Ursache der Blasenentzündung, ruft aber keine ammoniakalische Harngährung hervor. Auch experimentell läfst sich dies, wie Verf. dargethan hat, nachweisen: Mit Colibazillen infizierter Urin weist keine Änderung in den analytischen Werten von Harnstoff-Stickstoff und Ammoniak-Stickstoff auf, selbst dann, wenn der Harn bis 84 St. im Brutschranke verbleibt. Fügt man hingegen den Bacillus fluorescens hinzu, so tritt sofort ammoniakalische Gährung auf.

Dreysel-Leipzig.

Les infections vésicales et le bacille pyocyanique. Von H. Barth und G. Michaux. (La Presse méd. 1903, S. 405.)

Eine 49 jährige Frau, die an Influenza schwer erkrankt war, mufste wegen akuter Retention katheterisiert werden. Während der Rekonvaleszenz, 12 Tage nach dem Katheterismus, entstand eine akute Cystitis, hervorgerufen, wie mikroskopisch und kulturell erwiesen wurde, durch den Bac. pyocyaneus. Unter dem Einflufs einer absoluten Milchdiät, von Urotropin, von Instillationen mit Arg. nitric. und Protargol heilte die Cystitis, doch waren trotz Blasenwaschungen diese Mikrobien noch 3 Monate später im Urin nachweisbar. Wie in den bisher in der Literatur bekannten Fällen von Cystitis durch Bac. pyocyaneus, so erwiesen sich auch in diesem Falle alle internen, sowie lokalen Mittel zur Beseitigung dieser Mikrobien als unwirksam. Es gelingt aber, ihn durch Behandlung zu einem einfachen Saprophyten umzuwandeln, der, wenn noch andere Bakterien sich zugesellen, plötzlich wieder virulent werden kann.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Bacilluria and cystitis in typhoid fever, and the action of urotropine thereon. Von H. Biss. (Edinburgh Med. Jour. 1902, Okt.)

Verf. hat unter 311 Fällen von Typhus 31 mal Bazillen im Urin gefunden; bei 13 von diesen Fällen bestand eine Cystitis. Nach schwerem oder mittelschwerem Krankheitsverlauf fanden sich Bazillen öfter als

nach leichtem. Die Bazillen traten durchschnittlich am 13., bei 2 Fällen schon am 2. Krankheitstage auf; bei 2 Fällen wurden sie erst am 28., resp. 43., fieberfreien Tage beboachtet. Die Cystitis zeigte sich im Mittel am 36. Tage, 1 mal am 12. Tage, 1 mal am 118. Verf. empfiehlt das Urotropin zur Behandlung und Prophylaxe.

Dreysel-Leipzig.

Anatomie pathologique des cystites aiguës. Von Motz und Denis. (Annal. des mal. des organ. gén.-urin. 1903, No. 12)

Über die akute Cystitis lagen bisher keine feineren pathologischen Arbeiten vor. Verff. haben deshalb 40 akut entzündete Blasen, bei denen die Krankheitsdauer zwischen 10 Tagen und 3 Monaten schwankte, untersucht. Sie kamen dabei zu folgendem Resultat: Das Epithel ist nicht verändert. Die Infiltrationen der Schleimhaut können diffus alle subepithelialen Schichten ergreifen, sie können separiert und durch Bindegewebszüge getrennt auftreten oder endlich in Haufen gruppiert als richtige Abscesse. Die entzündlichen Veränderungen ergreifen nur die Schleimhaut und Submucosa, ohne jemals die Muskelschichten zu berühren. Die Gefäfse erweitern sich stark und nehmen schliefslich eine sehr beträchtliche Entwicklung. Nach längerer Krankheitsdauer hypertrophieren die Muskeln. Zu Beginn des Heilungsprozesses verschwinden die Infiltrationen zuerst in den oberflächlichen Schichten, die neugebildeten Gefäfse verschwinden teilweise, zum Teil aber bleiben sie bestehen. Auch das Bindegewebe bleibt vermehrt. Durch diese Neubildung von Gefäfsen und Bindegewebe kommt eine leichte Verdickung der Schleimhaut zu stande, niemals aber eine Verschmelzung mit der Muskularis.

Schlodtmann-Berlin.

Über Malakoplakie der Harnblase. Von D. von Hansemann. (Virchows Arch. 173. Bd., 1903, S. 302.)

Mit diesem Namen bezeichnet Verf. eine bis jetzt noch nicht beschriebene Affektion, die er selbst bei einem 66jährigen Mann und bei einer 70jährigen Frau und C. Gutmann an 2 Präparaten in der Sammlung des Krankenhauses in der Gitschinerstrafse beobachtet hat. In der Schleimhaut der Blase finden sich breitbasig aufsitzend eine Anzahl (bis ca. 100) teils rundlicher, teils ovaler, flach pilzförmig prominierender gelblicher Gebilde, die auf ihrer Höhe leicht usuriert und dellenförmig eingesunken waren. Klinische Erscheinungen hatten nicht bestanden. Die genauere mikroskopische Untersuchung zeigt, dafs es keine polypöse Gebilde sind, sondern Plaques (Zellhaufen), die, in der Tiefe der Submucosa entwickelt, die Schleimhaut vor sich ausbuchten und durchbrechen. Die Plaques bestehen aus grofsen Zellen, die meist ganz locker ohne Interzellularsubstanz aneinandergedrängt sind und nur von wenig Bindegewebs- und Gefäfszügen durchsetzt. Viele der Zellen enthalten 2 Kerne. Aufserdem enthalten sie aber vielfach eigentümliche, zum Teil geschichtete starkglänzende farblose Körper von der Gröfse roter Blutkörperchen, die aber zum Teil auch extrazellulär liegen und die

als eine Eisenverbindung mit einer organischen Substanz sich erweisen. Das unter den Plaques gelegene Gewebe ist intakt. Die Follikel sind deutlich, stellenweise vergröfsert, ihre Zellen haben den Typus der Lymphzellen und setzen sich scharf von den Plaques ab. Die Natur dieser eigenartigen Affektion ist bis jetzt unaufgeklärt.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Dysurie sénile. Von Dufour. (Soc. belge d'urol., 7. Juni 1903.

D. hat einen 68jährigen Prostatiker mit Hypertrophie des I. Lappens, der an Incontinentia urinae litt, durch methodischen Katheterismus gebessert. de Keersmaker massiert in solchen Fällen die Prostata vom Rektum aus erst täglich, dann alle 2 Tage, dann wöchentlich einmal, dann massiert er die Vorsteherdrüse von der Urethra aus mittelst des zweibranchigen Dilatators nach Oberländer nach vorhergehender Dehnung mit Zinnbougies, deren Krümmung täglich verringert wird. Bei der geringsten Infektion der Blase wird Salol gegeben.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

On the necessity for a more frequent use of the cystoscope in the diagnosis of diseases of the urinary system. Von J. G. Pardoe. (Lancet 1903, 28. März.)

Verf. berichtet über eine Anzahl Fälle mit Blasenerkrankungen, die den grofsen Wert der Cystoskopie dartun. Die Anwendung des Cystoskopes macht nicht mehr Beschwerden, als die Einführung eines gewöhnlichen Harnröhreninstrumentes. Bei Erkrankungen der Harnorgane mit zweifelhafter Diagnose ist jedenfalls die Cystoskopie unbedingt nötig.

Dreysel-Leipzig.

Détails et technique dans l'application du diviseur gradué. Interprétation des résultats. Von Cathelin. (Annal des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 12.)

Verf. erörtert einige Verbesserungen an seinem Instrumente und bespricht dann alle Details, die ihm bei der Handhabung des Instrumentes wichtig erscheinen. Zum Schlusse stellt er die verschiedenen Resultate, welche man bei Anwendung des Instrumentes in den verschiedenen Fällen erhalten kann, zusammen und interpretiert dieselben hinsichtlich der Diagnose.

Schlodtmann-Berlin.

Opérations pour remédier à certains déplacements vésicaux considérables. Von Gérard-Marchant. (Soc. de chir. de Paris, 22. Apr. 1903.)

Beide Operationen betrafen 2 Frauen, bei welchen die Blasenwand sehr verdünnt war und ein grofser Defekt der Vaginalschleimhaut bestand. Im 1. Falle, wo ein sehr grofser Substanzverlust bestand, wurde aus der untern und den beiden Seitenwänden der Vagina sowie aus dem Perineum eine Art Gurt geschaffen, der die Blase zurückhielt. Im 2. Falle, bei einem kleineren Defekt, wurde einfach die untere Blasen-

wand möglichst hoch an die Vaginalwand und zwar nahe am Collum uteri angenäht und eine Perineorhaphie angeschlossen.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Removal of the urinary bladder. Von A. Lapthorn Smith. (Am. Gyn. 1902, Okt.)

Bei der Exstirpation der Harnblase sind zwei Punkte von besonderer Wichtigkeit, die Methode der Entfernung und die Versorgung der Ureteren. Nach den Untersuchungen von Peterson an Hunden ist die Implantatien der Ureteren in das Rektum fast immer von einer aufsteigenden, tödlichen Infektion gefolgt. Auch beim Menschen ist die Mortalität bei dieser Methode eine hohe. Der vom Verf. beschriebene Fall betrifft einen malignen Tumor der Blase und endigte letal. S. implantierte zunächst die Ureteren in die Vagina, leitete dann die Harnröhre in die Vagina und entfernte 5—6 Wochen später die Blase. Bei dieser Operationsmethode sind bis jetzt unter 8 Fällen 2 Todesfälle vorgekommen.

Dreysel-Leipzig.

Über Steine in Blasendivertikeln. Von Englisch. (Wiener med. Wochenschr. 1903, 22.)

Steine in Divertikeln des Blasenhalses und des zunächst liegenden Teiles der Pars prostatica urethrae sind selten. Glätte der Wandung und Kontraktion des Sphincter internus verhindern ein Steckenbleiben. Solche Divertikel können entstehen: 1. wenn sich im mittleren Lappen Prostatasteine bilden; 2. infolge von Eiterungsprozessen am Blasenhalse. Ein Beispiel für eine Einlagerung eines Steines in eine solche Höhle konnte jedoch Verf. in der Litteratur nicht finden; 3. aus Cysten am Blasenhalse; 4. durch Erweiterung des Sinus pocularis bei Verschlufs der Mündung und nachherigem Platzen. In die dadurch vorgebildete Höhle können sich Steine einlagern.

Hentschel-Dresden.

Calculs vésicaux. Von Maffei. (Cercle Méd. de Bruxelles 1903, 6. März.)

M. fand beim hohen Steinschnitt in der Blase eines Mannes 18 Steine. Eine Vernähung der Operationswunde war nicht möglich. Einige Wochen später kam es zu einer Infektion der Blase, und 2 Monate danach trat unter Schmerzen in der linken Lendengegend, Fieber plötzlich der Tod ein. Es fand sich rechtsseitige Cystenniere. An der linken Niere Hypertrophie und Vereiterung. Der Gang der Erkrankung war nach M. folgender: 1. Bildung der Steine, 2. Verlegung des rechten Urteters, 3. Cyste der rechten Niere, 4. Hypertrophie der linken Niere, 5. Infektion von der Operationswunde aus, 6. ascendierende linksseitige Pyonephrose, 7. Urämie.

Die spontane Ausstofsung eines grofsen Blasensteines bei einem Kinde. Von Voyer. (Gaz. Méd. Nantes 1903, 17. Jan.)

Die spontane Ausstofsung gröfserer Blasensteine wird nur selten

beobachtet. V. berichtet über einen derartigen Fall. Es handelt sich um ein 7jähriges Mädchen, das seit 4 Jahren an Cystitis und Incontinentia urinae litt. Es wurde unter heftigen Schmerzen in der ganzen Gegend der Vulva ein Stein ausgestofsen, der 5 cm lang, $3^1/_2$ cm breit war, 9 cm im Umfange mafs und 28 g wog. Eine Zeitlang wurde noch eitriger und blutiger Urin abgesondert, nach 4 Monaten aber waren alle Beschwerden geschwunden. Dreysel-Leipzig.

Tuberculose génito-urinaire ascendante. Von Villers. (Soc. d'anat. path. de Bruxelles, 13. März 1903.)

Es bestand hier ein verkäster Knoten im r. Nebenhoden, eine sehr weit fortgeschrittene tuberkulöse Cystitis, eine rechtsseitige Ureteritis und Pyelonephritis. Die Lunge dagegen wies frische miliare Tuberkel auf. Es handelte sich also hier um eine aszendierende Tuberkulose.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Contribution anatomo-pathologique et clinique á l'étude des tumeurs à fibres musculaires lisses de la vessie. Von Cassanello (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1903, No. 19.)

Neben einer eigenen Beobachtung stellt Verf. aus der Litteratur sämtliche 20 Fälle von Myomen der Blasenwand zusammen und knüpft daran eine anatomisch-pathologische und klinische Studie. Es handelt sich um seltene Fibromyome, welche Neigung zu sarkomatöser Entartung besitzen. Entsprechend den Myomen des Uterus unterscheidet er zwischen submucösen, interparietalen und peripheren Myomen. Dem Sitze entsprechen die klinischen Erscheinungen. Die Diagnose ist bei den peripheren Tumoren sehr schwierig. Bei den submucösen Tumoren gelingt die Diagnose leichter, da Symptome von Seiten der Blase auf einen Tumor hindeuten. Der Cystoskopie wird es vorbehalten sein, den genauen Sitz und die Differentialdiagnose zwischen Myomen und anderen Tumoren festzustellen. Therapeutisch ist die Exstirpation des Tumors mit Resektion der umgebenden Blasenwand zu empfehlen. Schlodtmann-Berlin.

Topographische Lage der Ureteren. (Mit 9 Abbildungen.) Von Dr. Altuchow. (Monatsber. f. Urol. 1903. VIII. Bd., 4. H.)

In vorliegender Arbeit hat sich der Verf. die Aufgabe gestellt, die topographischen Verhältnisse der Ureteren zu untersuchen, deren genaue Kenntnis in der modernen Nierenchirurgie und der operativen Gynäkologie unerläfslich ist.

Die Ureteren sind 0,5—1 cm breite, spindelförmig erweiterte Röhren, deren durchschnittliche Länge bei Männern rechts 29,2 cm, links 30,8 cm, bei Frauen rechts 27,5 cm, links 28,8 cm beträgt. Das obere Ende ist vom Nierenbecken durch eine deutliche Einschnürung (Collum ureteris) getrennt, welche im Durchmesser 2—3 mm mifst und zugleich die engste Stelle des Ureters bildet. Dann folgt die lumbale Erweiterung oberhalb der Art. iliaca comm. mit 8—15 mm Durchmesser; an der Übergangsstelle in das kleine Becken (Flexura marginalis) liegt die untere Ver-

engerung mit 4 mm Durchmesser. Vergleicht man ihren beiderseitigen Verlauf, so ergiebt sich, dafs sie dreimal konvergieren und zweimal divergieren. Versorgt werden sie von der Art. renalis, der Art. spermatica int. (ovarica), der Art. haemorrhoidalis media und der Art. vesicalis inferior.

Der ganze Ureter verläuft unter dem Bauchfell in der Masse des subperitonealen Bindegewebes und ist mittels zahlreicher fibröser Fasern ziemlich fest mit dem Peritoneum verbunden, so dafs er beim Wegziehen des Peritoneums diesem folgt.

An diese Ausführungen schliefst sich eine eingehende topographische Beschreibung jedes einzelnen Ureterenabschnittes und eine genaue Erörterung aller topographischen Beziehungen zu der Umgebung.

Für den Chirurgen ist es von Wichtigkeit, den Übergangspunkt des Ureters in das kleine Becken (Flexura marginalis) leicht und sicher zu finden, was selbst bei mittelmäfsiger Adipositas nicht immer möglich ist. Bei seinen Bemühungen, eine exakte Bestimmung des fraglichen Punktes zu ermöglichen, konnte Verf. feststellen, dafs die Entfernungen vom Tuberculum pubicum bis zur Spina iliaca ant. sup. und bis zur Flexura marginalis gleich grofs sind. Diese neue anatomische Thatsache hat sich in einer ganzen Reihe von Messungen konstant ergeben. Wenn man demnach die erstere Entfernung vom Tuberculum pubicum aus auf die Vasa iliaca hin überträgt, so wird durch den Treffpunkt die Lage des Ureters auf den Gefäfsen bestimmt. Hentschel-Dresden.

Kruralhernie des linken Ureters. Von G. Mariotti. (Il Policlinico 1903, 14. Febr.)

In der Litteratur sind nur zwei Fälle von Hernien des Ureters verzeichnet; bei beiden handelt es sich um Inguinalhernien. Verf. berichtet ausführlich über einen Fall, der eine Kruralhernie des Ureters betrifft. Dreysel-Leipzig.

Abouchement des 2 uretères dans l'S iliaque pour exstrophie de la vessie. Von A. Katz. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1903, p. 310.)

Ein 11 jähriger Knabe, bei dem wegen Exstrophia vesicae die Maydlsche Operation gemacht worden war, ging 8 Tage später an doppelseitiger Pyelonephritis zugrunde. Die Autopsie ergab noch folgende Anomalien: die Symphyse fehlt vollständig, nur die r. Art. umbilicalis ist vorhanden. Die Vasa deferentia münden direkt in die Harnröhre, es fehlen die Duct. ejacul. und Vesic. semin. Von den Muskeln des Perineums fehlt vollständig der M. ischio- und der Bulbocavernosus, der Levator ani ist nur in seinem hinteren Abschnitt ausgebildet. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

The purposes of ureter-catheterism, presentation of ureter-cystoscope for male and female. Von B. Lewis. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1902, 8. Nov.)

Verf. bespricht die Bedingungen, unter welchen für diagnostische

und therapeutische Zwecke ein Katheterismus der Ureteren angezeigt ist, und beschreibt ein Instrument, bei dem ein Katheterismus ohne Füllung der Blase mit Flüssigkeit und ohne Gefahr einer Kauterisation der Blasenwandung möglich ist. Zur Ausdehnung der Blase wird Luft verwendet. Dreysel-Leipzig.

Ureteritis in the female. Von E. Garceau. (Amer. Journ. of the Med. Scienc. Febr. 1903.)

G. unterscheidet folgende Formen:

1. Die einfache Ureteritis. Dieselbe kann akut oder chronisch sein. Bei akuten Fällen scheint die Entbindung von grofser ätiologischer Bedeutung zu sein. Besonders werden Primiparae befallen. Die Erkrankung beginnt mit Schüttelfrösten und Fieber. Sie besteht kaum je für sich allein, sondern in der Regel in Verbindung mit Pyelitis oder Cystitis. Von diagnostischer Bedeutung ist die Druckempfindlichkeit des erkrankten Ureters bei der Untersuchung per vaginam. Die betreffende Uretermündung erweist sich bei der kystoskopischen Untersuchung als geschwellt. Auffallend ist der Befund von reichlichen desquamierten Epithelien im Urin. — In therapeutischer Hinsicht sind diätetische Mafsnahmen von Wichtigkeit. Spülungen der Blasen und Instillationen von 1% Höllensteinlösung in den Ureter erweisen sich von grofse Nutzen.

2. Die Ureteritis mit Obstruktion. Ihre Hauptursache ist die Gonorrhoe. Die Behandlung kann in Dilatationen bestehen oder eine blutige sein. Eine weitere Ursache für diese Form der Ureteritis bilden eingeklemmte Harnsteine. In solchen Fällen mufs die Therapie meist eine operative sein.

3. Die tuberkulöse Ureteritis. Dieselbe findet sich in der Regel in Verbindung mit Nierentuberkulose. Es ist deshalb nötig, bei jeder Nephrektomie wegen Nierentuberkulose auch den Ureter genau zu besichtigen und eventuell zu resezieren. von Hofmann-Wien.

Ureteral dilatations, constrictions and spirality. Von B. Robinson. (St. Paul Med. Journ. July 1903.)

R. schildert ganz kurz verschiedene Präparate von Ureterenabnormitäten, welche er durch Injektion von flüssigem Vaselin in den Harnleiter dargestellt hat. Dieselben entstammen zum Teil menschlichen Leichen, zum Teil verschiedenen Tieren. Es befindet sich darunter ein linksseitiger doppelter Ureter, von einem 40jährigen Manne stammend. Die beiden linksseitigen Ureteren vereinigen sich vor der Blasenmündung. Alle diese Abnormitäten, im ganzen 26, sind auf einer beigegebenen Tafel abgebildet. von Hofmann-Wien.

Beobachtungen an einer Kranken mit unterbundenem Ureter. Von Sagola. (Russki Wratsch 1903, No. 6.) (Nach Monatsber. f. Urol. 1903, VIII. Bd., 4. H.)

Bei der Exstirpation eines umfangreichen, mit ausgedehnten Verwachsungen einhergehenden Fibromyoms durch Laparotomie wurde der

rechte Ureter durchschnitten. S. mufste sich auf die Unterbindung des zentralen Endes desselben beschränken. Glatte Heilung, keine Störungen in der Harnsekretion, auch 11 Monate nach der Operation war der Zustand der Patientin gut und die Harnsekretion normal. Der Katheter stöfst im rechten Ureter nach 7 cm auf ein unüberwindliches Hindernis.

Hentschel-Dresden.

Ligation of the ureter. Von V. A. Sampson. (Am. Med. 1902, 1. Nov.)

Ein Verschlufs des Ureters durch Ligatur oder Abklemmung kommt bei gynäkologischen Operationen nicht allzu selten vor. Nur bei einem Teile der Fälle wird der Vorfall während oder nach der Operation entdeckt. Eine Ligatur des Ureters, die bald nach der Operation entfernt wird, bringt wahrscheinlich keinen Schaden. Vollständige, permanente Okklusion des Ureters führt, wenn keine Infektion vorhanden ist, zur Atrophie der Niere, meist ohne Chok oder Störung des Allgemeinbefindens. Indiziert ist eine Ligatur des Ureters, wenn eine uretero-urethrale oder uretero-vesikale Anastomose angezeigt, aber nicht ausführbar ist. Der Ureter soll doppelt mit nicht resorbierbarem Material unterbunden werden.

Eine Ligatur des Ureters kann infolge starken Choks oder Niereninsufficienz auch letal endigen.

Dreysel-Leipzig.

Ein Fall von Ureterstein. Von v. Mikulicz-Breslau. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 5, Vereinsbeil.)

Die Symptome der Erkrankung liefsen anfangs eine Perityphlitis vermuten. Bei genauerer Untersuchung wurde die Aufmerksamkeit auf die vergröfserte rechte Niere gelenkt. Die Röntgendurchleuchtung führte zur Diagnose eines Uretersteins, der durch Operation entfernt wurde.

Ludwig Manasse-Berlin.

Beiträge zur Chirurgie des Harnleiters. Von Prof. James Israel. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 1.)

Bei einem Patienten mit Solitärniere war eine Incision infolge einer Anschwellung in der linken Bauchhälfte notwendig geworden; nach der Operation, die im Hospital von Port Elisabeth gemacht wurde, blieb eine Urinfistel zurück, eine zweite Operation behufs Schliefsung der Fistel hatte keinen Erfolg, der gesamte Urin entleerte sich aus der Fistelöffnung. Israel ging, da eine Nephrektomie wegen der Solitärniere nicht auszuführen war, dazu über, den Urin aus der Fistel wieder in die Blase zu leiten, und liefs zu dem Zwecke von der Firma Louis & H. Löwenstein einen kleinen Apparat herstellen, der gewissermafsen einen künstlichen Ureter darstellt und der so konstruiert ist, dafs der gesamte Urin durch ihn in die Blase gelangt, dagegen kein Tropfen rückwärts von der Blase in das Nierenbecken fliefsen kann. Der Apparat funktioniert seit längerer Zeit vollkommen. Der Patient kann seinen Urin auf natürlichem Wege ohne Schmerzen in den üblichen Zwischenräumen entleeren.



Im Anschlufs an diese Mitteilung bespricht Israel seine Methode der extraperitonealen Einpflanzung des Ureters in die Blase und hebt ihre Vorzüge, sowohl gegenüber den vorwiegend intraperitonealen Methoden Krauses und Witzels als auch der extraperitonealen Mackenrodts hervor. Die technischen Details sind besser im Original nachzulesen.

Ludwig Manasse-Berlin.

Ein künstlicher Ureter. Von J. Israel. (Berl. Med. Ges. 23. II. 1903; Berl. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 11.)

Der Patient, um den es sich handelt, hatte nur eine Niere, die ungefähr in der Mittellinie des Körpers unmittelbar vor der Wirbelsäule lag; dieselbe war hydronephrotisch geworden, weshalb von anderer Seite inzidiert worden war; seitdem entleerte sich der ganze Urin durch die Fistel, der Ureter war vollkommen undurchgängig geworden. Da es nicht gelang, denselben wieder passierbar zu machen, legte I. eine Art künstlichen Ureter an, indem der Hohlraum der Niere mit der Blase durch ein Röhrensystem verbunden wurde. Der oberhalb der Symphyse in der Blase angelegte lange schräge Fistelkanal umschliefst das eingeführte Drainrohr hermetisch, die mittelste der Röhren beherbergt ein Ventil, welches den Harnstrom zwingt, ausschliefslich in der Richtung von der Niere nach der Blase zu fliefsen. Der ganze Apparat ist durch eine Gummibinde unverrückbar befestigt und funktioniert seit 6 Monaten tadellos, der Patient arbeitet wie ein Gesunder, uriniert in entsprechenden Zwischenräumen, der vorher pyelitische Urin ist klar geworden. Der Apparat wird alle 24 Stunden entfernt und ein durch Kochen sterilisierter zweiter eingeführt. I. glaubt hiermit ein Mittel angegeben zu haben, um bei unheilbaren Nierenfisteln, wenn eine Nephrektomie kontraindiziert ist, Anwendung zu finden.

Paul Cohn-Berlin.

Un procédé rapide d'urétéro-cysto-néostomie chez le chien. Von F. Cathélin. (Bull. de la soc. anat. de Paris 1903, p. 289.)

Die Operation wurde in folgender Weise vorgenommen. Nachdem der Ureter frei präpariert ist, wird er nach temporärer Unterbindung unmittelbar über der Blase abgeschnitten und nahe dem Wundrand des losgelösten Ureters 4 Nähte, die kreuzweise zueinander stehen, angelegt. Hierauf wird die Blase möglichst tief punktiert und ihre Muskularis schräg bezüglich der Tiefe nach rückwärts und nach auswärts durchtrennt. Hierauf wird der hinterste Faden des Ureters in den hintern und äufsern Wundwinkel der Blase und die drei übrigen in die korrespondierenden Wundwinkel der Blasenschleimhaut vernäht. Hierauf wird die Blasenwunde durch fünf Lembertsche Nähte, welche durch die Muskularis und Adventitia der Blase und die Adventitia des Ureters gehen, über dem in der Muskularis der Blase liegenden Teil des Harnleiters geschlossen, sodafs also der Ureter einen schrägen Verlauf durch die Blasenwand nimmt. Die temporäre Unterbindungsnaht des Harnleiters wird gelöst. Ein Hund, der von C. nach dieser Methode vor 2 Monaten operiert wurde, hat vollständig normalen Urin. Um sich davon zu über-

zeugen, ob die Naht dicht ist, wurde die dem andern Ureter angehörige Niere entfernt. Auch diese Probe wurde gut bestanden.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

4. Bücherbesprechungen.

Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. Von Dr. Hans Wossidlo, Spezialarzt für Urologie-Berlin. Verlag von Otto Enslin-Berlin.

Das vorliegende Buch, mit 44 Abbildungen im Text und 4 Tafeln in Farbendruck, wird dem praktischen Arzt, dem angehenden Urologen, hie und da auch dem in diesem Fache schon tätig gewesenen Arzt willkommen sein.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes in allen ihren Stadien und mit ihren Komplikationen an der Hand eigener und fremder Erfahrung zu besprechen: er führt dies kritisch, aber leidenschaftslos durch und diskutiert schliefslich auch die Frage des Ehekonsenses. In keinem bisher erschienenen Handbuch findet der praktische Arzt in so knapper Zusammenstellung so deutliche Winke, wann es am Platze ist, einen Spezialarzt zu Rate zu ziehen: und doch für wie wenige andere Erkrankungsformen ist der praktische Arzt in ähnlich peinlicher Lage wie hier vor der Frage: ist der Fall geheilt? Dafs das Buch von einem Praktiker für Praktiker geschrieben ist, wird jeder finden, der es mit Verständnis durchblättert. Der Verf. hat das Werk in Freundschaft seinem verehrten Lehrer, Prof. Oberländer, gewidmet und sind es auch dessen jahrzehntelangen Arbeiten und Erfolge, welche die Basis für das von W. gebotene abgeben. Denjenigen unserer Leser, welchen der I. Teil des bereits vor mehreren Jahren erschienenen O.'schen Lehrbuches bekannt ist, wird der Inhalt einzelner Kapitel bereits bekannt sein. Indessen bevor nicht endlich die anderen Teile des O.'schen Lehrbuches erschienen sind, kann man sich mit dem W.'schen Kompendium genügen lassen, das O.'sche Buch behandelt in der Hauptsache auch nur die chronische Gonorrhoe und deren Komplikationen, allerdings mit einer grofsen Ausführlichkeit.

Ich wünsche dem Buche noch viele Auflagen und finden sich später dann vielleicht Unterlagen, die jetzt noch schwebende Fragen lösen, so z. B. die Nichtüberimpfbarkeit von G. auf Tiere. Den von W. mit angeführten Grund, die anders als beim Menschen eingestellte Eigenwärme von Versuchstieren, kann man nicht gelten lassen; denn gerade die am häufigsten verwendeten Tiere, wie Hunde, Katzen, Affen, zeigen keine vom Menschen wesentlich verschiedene Eigenwärme. Da das Tier sich nicht infektionsfähig erweist, bedürften die Fälle sodomitischer Verirrungen, welche G. zur Folge hätten, doch weiterer Eräuterung. So eingehend die Zirkumzision und noch mehr die Inzision besprochen wird, die Schilderung der radikalen Zirkumzision mit gründlicher Entfernung beider Vorhautblätter und des Bändchens findet keine

Erwähnung. Dafs Verf. Gebrauch von Karbolwasser bei Phimosenoperationen empfiehlt, wundert mich; meinen Patienten waren zur Vermeidung der Reizung Sublimat- bezw. Salizyllösungen immer sympathischer. Verf. vertritt positiv den Standpunkt, dafs bei eintretenden Komplikationen die lokale Behandlung der Urethra vollständig auszusetzen ist; ich weifs, dafs er wenigstens auf Grund von einem Dutzend Lehrbüchern diese Ansicht zu erhärten imstande sein würde, und doch kann ich nach reichlichen persönlichen Erfahrungen versichern, dafs Epididymitis, Gelenkerkrankungen usw. und nicht zum mindesten das Allgemeinbefinden des Patienten selbst vorteilhaft durch Fortsetzung der lokalen Behandlung — besonders mittelst heifser Ausspülungen — beeinflufst werden. Bei Aufzählung der Suspensorien verdiente das in Wildungen gebräuchliche, zwar etwas teuere, aber sehr praktische, besondere Erwähnung.

Die in 4 Tafeln beigegebenen Abbildungen sind gut gelungen und instruktiv; vielleicht erläutert später eine weitere Tafel auch noch, wie die verschiedentlich erkrankte Urethra nach Vornahme von Dehnungen und nach ihrer Abheilung aussieht. Sedlmayr-Borna.

Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Par Henri Hartmann, prof. agrégé. Voies urinaires: Estomac. 113 figures dans le texte. Paris, Steinheil. 1903.

Das vorliegende Werk enthält zwei Teile, deren erster die Chirurgie des Harnapparates, der zweite die Magenchirurgie behandelt. Der erste Teil umfafst 11 Kapitel, die teilweise von Hartmann allein, zum Teil gemeinsam von ihm und seinen Schülern verfafst sind. Indem Hartmann sich für den gesamten Inhalt des Werkes verantwortlich erklärt, will er gleichwohl seine Schüler Delage, Leroy, Luys, Lecène und Prat bei der Besprechung derjenigen Gebiete zu Worte kommen lassen, welche diese auf seine Anregung und unter seiner Leitung bearbeitet haben. Das erste Kapitel „Le service Civiale à l'hôpital Lariboisière“ kann wohl den Neid der deutschen Urologen erwecken. Es enthält eine genaue Beschreibung der im März 1901 eröffneten urologischen Abteilung des Hôpital Lariboisière. Diese von den übrigen Räumen des Krankenhauses völlig getrennte Gebäulichkeit ist ein urologisches Musterkrankenhaus, welches hoffentlich vorbildlich für diejenigen Länder wirken wird, die, wie Deutschland, es noch nicht für nötig befunden haben, dieser so wichtigen Spezialdisziplin Stätten des Unterrichtes und der wissenschaftlichen Arbeit zu bereiten. Wegen der Einzelheiten der Einrichtung mufs auf das Original verwiesen werden, nur einige technische Details, die neu sind, seien hervorgehoben. So der in der Mitte des poliklinischen Saales befindliche Waschtisch mit 4 Becken, die von kaltem und warmem Wasser gespeist werden, und einer Vorrichtung, die speziell dazu dient, die gebrauchten Katheter mit heifsem Wasser durchzuspülen. Ferner sei ein sehr praktischer Instrumentensterilisator erwähnt, welcher durch heifsen Dampf erhitzt und dessen Deckel durch ein Fufspedal bewegt wird. Untersuchungstische, einfach und praktisch eingerichtet, auch solche

mit speziellen Einrichtungen für Kystoskopie und Urethroskopie, sind reichlich vorhanden. Die Sterilisation der weichen Sonden und Katheter geschieht nach der vom Rf. angegebenen Methode mittelst Formoldämpfen in der Hamonicschen Modifikation. Selbstverständlich entsprechen Operationssaal und stationäre Abteilungen allen Anforderungen der modernen Antisepsis und Asepsis. Es folgt dann eine genaue Statistik, welche ein Bild der Thätigkeit von 12 Monaten giebt. In dieser Zeit wurde die Poliklinik aufgesucht von 1531 Patienten. 289 urologische Operationen wurden an Männern und Frauen ausgeführt. 18 Todesfälle waren zu verzeichnen. Interessant ist die Thatsache, dafs die Mortalitätsziffer ganz besonders durch Eingriffe bei Urininfiltrationen wächst. Von 7 Operierten starben 5.

Das 3. Kapitel bespricht die Technik der Kystoskopie bei der Frau, die Hartmann ähnlich wie Kelly u. a. direkt durch einen endoskopischen Tubus vornimmt. Dafs die Methode sehr einfach ist, mufs zugegeben werden; ob sie der Kystoskopie gleichwertig ist, ist eine andere Frage.

Im folgenden Kapitel werden die Tumoren der Fettkapsel der Niere besprochen. Zunächst wird ein selbst beobachteter Fall eines sehr beträchtlichen Liposarkomes, welches die rechte Niere völlig einschlofs, geschildert. Durch Laparotomie mit nachfolgender Inzision der hinteren Peritonealwand wird der Tumor nach aufsen vom Kolon stückweise — da die enorme Gröfse eine Ausschälung in toto unmöglich machte — entfernt. Heilung. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dafs in dem Tumor sich Reste des Wolffschen Ganges fanden, wodurch sein kongenitaler Ursprung bewiesen wird. Es folgt sodann die Zusammenstellung von 32 gleichen Fällen aus der Litteratur nebst einer vortrefflichen pathologisch-anatomischen Auseinandersetzung.

Weiter folgt die kurze Abhandlung über zwei Fälle von Cystocele, einer inguinalen, extraperitonealen und einer cruralen, paraperitonealen. Im Anschlufs daran wird die Anatomie der Cystocele klar und paegnant besprochen.

Sehr interessant ist die nun folgende Schilderung eines Falles von tuberkulösem Geschwür der Blase mit perivesikalem Abscess, dessen Ätiologie völlig dunkel blieb. Es ist sehr zu bedauern, dafs nicht vor der Operation eine Kystoskopie vorgenommen wurde (d. Rf.). Heilung durch Sectio alta mit nachfolgender Drainage. Das 7. Kapitel behandelt die interne Urethrotomie, ihre Indikationen und die Technik, welche Hartmann seit 14 Jahren in der gleichen Weise ausführt, gewifs ein genügender Beweis für die Leistungsfähigkeit der Methode. H. führt sie aus mit dem Maissonneuveschen Instrument, legt eine Dauersonde ein und empfiehlt eine sorgfältige Nachbehandlung mit Sonden. Die kurzen Krankengeschichten von 50 so behandelten Fällen dienen zur Illustration.

Im 8. Kapitel bespricht Hartmann die Prostatektomie, über welche er bereits auf dem Urologenkongrefs 1902 einige Mitteilungen gemacht hatte. Hartmann hat bereits im Jahre 1898 darauf hingewiesen, dafs die von Zuckerkandl angegebene transversale Perineotomie den besten Zugang zur Vorsteherdrüse gewähre. Die durch aus-

gezeichnete Abbildungen erläuterte Topographie zeigt Hartmann als trefflichen Anatomen. Die geschilderte Technik stimmt im wesentlichen mit der von Gosset und Proust angegebenen überein.

Fünfmal in 6 Fällen chronischer Cystitis fand Hartmann anaerobe Bakterien. Unter Heranziehung der einschlägigen Arbeiten einiger französischer Autoren weist der Verf. auf die Bedeutung dieser Bakterien für die Entstehung von Abscessen und gangränösen Prozessen hin. Zum erstenmal wird hier der Streptococcus fusiformis liquefaciens beschrieben.

Das 10. Kapitel handelt von der Tuberkulose der Cowperschen Drüsen. Zwei einschlägige Fälle, über welche H. ebenfalls auf dem erwähnten Kongrefs berichtet hatte, werden mitgeteilt. Einmal handelt es sich um eine Periurethritis, als deren Ausgangspunkt, wie bei den von Englisch beschriebenen Fällen, die tuberkulöse Erkrankung der linken Cowperschen Drüse festgestellt werden konnte. In einem zweiten Falle war die gonorrhoisch infizierte linke Cowpersche Drüse von einem Lungenheerd aus primär tuberkulös erkrankt, was sich sehr deutlich an den Schnitten des exstirpierten Organes nachweisen liefs. Die Erkrankung war ausgegangen von den Acinis. Die beste Therapie ist die Exstirpation der erkrankten Drüse vom Damme aus nach Ablösung des Rektums.

Das letzte und gröfste Kapitel behandelt das endovesikale, getrennte Auffangen des Urins beider Nieren. Luys, Hartmanns Schüler und Assistent, hat den ersten brauchbaren Urinsegregator im Jahre 1900 dem Internationalen Kongrefs vorgelegt. Die bis dahin bekannten Instrumente von Lambotte und Neumann sowie der von Downes und Nicolich modifizierte Apparat von Harris hatten sich aus verschiedenen Gründen nicht in die Praxis eingeführt. Luys hat durch sein Instrument, welches in der Hartmannschen Klinik erprobt wurde, zuerst die praktische Möglichkeit geschaffen, den Urin in einer Reihe von Fällen in der Blase zu separieren. Es wird über 109 Beobachtungen an 49 Männern, 57 Frauen und 3 Kindern berichtet. Aus den Mitteilungen geht hervor. dafs der Eingriff sich von einem gewöhnlichen Katheterismus in nichts unterscheidet und dafs die Methode sowohl bei Männern, wie bei Frauen angewendet werden kann.

„Recueillir des faits nombreux et bien observés, apprendre à se servir des notions précises, qu'ils mettent à notre disposition pour acquérir l'expérience, tel est le but des études cliniques.“ Guyon gab einmal diese geistvolle Definiton des „Esprit clinique“. Von diesem Geist ist die vortreffliche Arbeit Hartmanns getragen. Als geistvoller Kliniker wie als trefflicher Anatom tritt uns der Verf. entgegen. Mit Klarheit und sorgfältigster Methodik hat er seine Beobachtungen gesammelt, sie gesichtet und seine Schlüsse aus ihnen gezogen. Mit der ihm eigenen Eleganz und Klarheit der Darstellung hat Hartmann sie niedergeschrieben. Die Verlagsbuchhandlung hat in gewohnter Weise für eine würdige Ausstattung des Werkes Sorge getragen. Davon zeugen nicht zum wenigsten die ausgezeichneten, nach eigenen Präparaten angefertigten Figuren im Text. So bildet das Werk Hartmanns eine hervorragende und wertvolle Bereicherung der urologischen Litteratur,

welches seinen Leserkreis weit über die Grenzen des Vaterlandes des Verf. hinaus finden wird. Ernst R. W. Frank-Berlin.

12000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Aus Prof. Fingers Ambulatorium im K. K. Allgem. Krankenhause in Wien. Von Dr. K. Pezzoli und Dr. A. Porges. Verlag von F. Deuticke-Leipzig und Wien. Verl.-Nr. 927.

Abgesehen von der imponierenden Höhe der Ziffern gestaltet sich die epikritische Besprechung der einzelnen Krankheitsformen sehr lehrreich und sind einzelne mit grofsem Verständnis gewählte Krankengeschichten gelungen wiedergegeben. Auf welche Zeit sich das Krankenmaterial verteilt, ist allerdings nicht angeführt.

An Blennorrhoe Erkrankte sind aufgeführt

4357 (4311 m. und 46 w.),

davon 2444 : 79,5 % akute unkomplizierte Urethritis.

Bei der Aufnahme 1150 (37,4 %) urethrit. acut. ant.

1294 (42,6 %) „ „ post.

Komplikationen 630 (20,5 %); darunter 560 (88 % der Komplikationen bezw. 12,5 % aller akuten Gonorrhöen) Nebenhodenerkrankungen;

chron. Urethritis: 858 m. (19,6 %; von diesen Strikturen 104 (2,5 %), chron Prostatit. 449 (10,3 %).

Bei Diagnose und Behandlung wird hervorgehoben: die Wichtigkeit, nicht nur den Tagharn des Kranken anzusehen, das Eintreten von imperiösem Harndrang zu erfahren in Rücksicht auf das Einsetzen von urethrit. post., ferner die unverkennbare Schädlichkeit von häufigen Pollutionen. Lokale Behandlung möglichst frühzeitig begonnen, nur bei perakuten Urethrit. anfangs ausschliefslich interne Behandlung.

Bei Abnahme entzündlicher Erscheinungen, doch noch viel Sekret: 3 mal tägl. innerlich 1,5 natron. salicyl.(!) besser bewährt als Balsamica. Gonorol erzeugt auch gelegentlich Exanthem. Die Didaysche Irrigation wird gegen die nach Janet bevorzugt. Gegen terminale gonokokkenfreie Katarrhe wird 2 % Bismuth. subnitr. empfohlen. Bei Epididymitis nie Eis, sondern feuchte Wärme.

So regelmäfsig das Vorkommen von zahlreichen Amyloiden im Sekret gesunder Prostatas festzustellen war, ebenso sicher das spärliche Vertretensein oder gewöhnlich das Fehlen derselben bei chron. Prostatit.

Die durch Necrospermia ex prostatitide erzeugte Impotentia generandi ist eingehend erläutert. Ein durch Kolibazillus hervorgerufenes, einer chron Gonorrhoe analoges Symptomenbild, das noch mit Prostatit. gland. und Cystit. chron. kompliziert war, wird detailliert geschildert.

Das Cuprum sulfur. wird als gutes Reagens auf latente Gonokokken, sowie therapeutisch bei mindestens 1 Jahr oder noch länger bestehenden Gonorrhöen bezeichnet.

Therapeutisch finden noch Anwendung die Dilatatoren von Oberländer, die Spüldilatatoren nach Lohnstein, sowie das Leitersche Panelektroskop und das denselben Namen tragende Cystoskop.

Sedlmayr-Borna.

Maladies des voies urinaires. Le nécessaire du praticien. Von L. Imbert. (La Presse méd. 1903,. p 415.)

Diese Tasche, die das für den praktischen Arzt notwendige urologische Besteck enthalten soll, besteht aus starkem Karton, der aufsen mit Segeltuch und innen mit weichem Wollzeug bekleidet ist, und mifst 10:13:42 cm. Am Deckel ist ein Handgriff angebracht. Die Tasche ist in 6 Fächer eingeteilt. 2 davon sind bestimmt zur Aufnahme von Desinfektionshülsen nach Desnos. Diese enthalten 4 Knopfsonden Nr. 12, 14, 16 und 18, 6 filiforme Bougies, 2 Nélatons Nr. 16 und 18, 2 Katheder mit olivenförmiger Spitze Nr. 12 und 16, 3 mit Mercierkrümmung Nr. 14, 16 und 18. Sterilisiert werden die Hülsen mit Formalin- oder mit Trioxymethylenpastillen. Ein weiteres Fach enthält 2 Mandrins, das vierte enthält eine Guyonsche Spritze. In den andern kann man noch einen Troicar, eine Tube Vaselin, eine Lösung von Arg. nitric. und Sublimatpastillen unterbringen. Die gebrauchten Katheter faltet man in Papier und legt sie in eins der leeren Fächer.

R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

Beiträge zur Kenntnis der Guajakpräparate. Gekrönte Preisschrift der Universität Rostock von W. Frieboes. Verlag F. Enke-Stuttgart. 1903.

Diese mit einem Vorwort von Prof. Kobert versehene Monographie ist ein Teil von Untersuchungen über Saponinstoffe, welche auch dem Kliniker viel des Neuen und des Anregenden bringt.

Prof. Koberts Wunsch geht dahin, dafs einer der nächsten Kongresse für Syphilidologie zu diesem Thema Stellung nimmt.

Sedlmayr-Borna.

Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin (Medizinische Handbibliothek, IV. Band) von Prof. Kretz-Wien. Verlag A. Holder-Wien-Leipzig, Preis 2.40 M. 1903.

Nichts Neues, was in diesem Blatte zu besprechen wäre. Hinsichtlich der Überwachung der reglementierten Prostitution erwartet Verf. nur dann einen Nutzen, wenn die zunehmende Kenntnis der Vermeidbarkeit dieser Krankheiten beide Geschlechter der ganzen Bevölkerung dahin bringt, sich sachverständigem Rate zu unterwerfen. Die individuelle Prophylaxe ist noch allgemeiner gehalten. Sedlmayr-Borna.

